Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université de Bamako

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO STOMATOLOGIE

Année académique : 2009-2010 ***N°…….***

THESE

Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins

Présentée et soutenue publiquement le …….

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie de Bamako

PAR

Monsieur Mamadou BOITE

Pour l'obtention du DOCTORAT en Médecine

(DIPLÔME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : **Pr. Saharé FONGORO**

MEMBRE : **Dr. Moussa TOURE**

CO-DIRECTEUR : **M. Seydou DIARRA**

DIRECTEUR DE THESE : **Pr. Samba DIOP**

DEDICACES

A mon père feu Issa Boité

Premier artisan de notre avenir, tu n'as ménagé aucun effort pour le bon déroulement des études de tes enfants.
Que ce travail soit le témoignage de ma fidèle reconnaissance.

A ma mère feue Adjaratou Traoré

Je ne trouverai jamais assez de mots pour exprimer tout mon amour et ma profonde gratitude pour les sacrifices consentis. La joie serait encore plus grande si tu avais été témoin de ce long parcours.

REMERCIEMENTS

A mes frères Soumaila , Mahamane (Bah)
Vous êtes les piliers de notre famille. Trouvez ici l'expression de mon profond attachement à la famille soudée.

A mes sœurs **Mah , Bou , Sitan , Rokia , Ami, Aicha**
Pour votre attention inestimable à mon endroit, trouvez dans ce modeste travail toute mon affection

A mes cousins **Bakary , Moussa , Mohamed, Fousseyni**
J'ai toujours pu compter sur vous. Recevez par ce travail la preuve de ma grande affection.

A mes oncles **Bourama , boubaba , Chaka Traoré , Hamidou**

Votre soutien moral et financier ne m'a jamais fait défaut. Recevez par ce travail ma profonde gratitude.

A ma tante **Djenebou traoré**

Votre encouragement constant et vos conseils m'ont toujours poussé de l'avant. Reçois par ce travail ma profonde reconnaissance

A docteur TOURE Moussa médecin chef du Cscom de Tingolé
Vous m'avez accueilli les bras ouverts dans votre centre. Je ne vous remercierai jamais assez de votre grande disponibilité.
Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tout le personnel du Cscom de Tingolé. Pour votre grande hospitalité

A mes amis (es) CAMARA Aboubacar , Toami , falaye, Fa-Issif , Mamoud, COULIBALY Djeneba (biche).
L'heure est venue de vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi au moment opportun. Avec vous j'ai passé mes meilleures années de fac.
Trouvez ici l'expression de toute ma gratitude.

A tous(tes) mes ami(es) de la FMPOS merci pour tout.

A TRAORE Aminatou . Pour ton soutien sans faille et tout le bonheur que tu m'as apporté durant ces années passées ensemble.

A Dr SAMAKE Abdramane, aux stagiaires et à tout le personnel de la clinique de la côte.
Pour votre accueil et votre collaboration sans faille.

A toutes les participantes et participants à l'étude
Pour votre disponibilité**.**

A tout le personnel enseignant de la FMPOS
L'enseignement que vous avez dispensé avec dévouement restera un précieux souvenir qui guidera ma vie professionnelle.
Veuillez mes chers maîtres, agréer l'expression de mes sentiments déférents et l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

A tous ceux et à toutes celles que je n'ai pas pu citer nommément, je ne pense pas moins à vous

A notre maitre et président du jury :

PROFESSEUR SAHARÉ FONGORO

- Maitre de conférence en néphrologie,

- Praticien du service de néphrologie et d'hémodialyse au C.H.U du Point G,

- Enseignant de néphrologie à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,

- Chevalier de l'ordre de mérite du Mali.

Cher maitre

Nous avons été profondément touchés par votre abord facile, votre générosité et votre souci du travail bien fait.

Vos conseils et remarques ont été d'une grande utilité à l'amélioration de ce travail.

Qu'il nous soit permis cher maitre de vous exprimer notre profonde gratitude.

A notre maitre et membre du jury :

DOCTEUR MOUSSA TOURE

- Médecin chef du centre de santé communautaire de Tingolé,

- Membre de l'A.M.C (association des médecins de campagne)

- Membre du comité d'échange international des médecins communautaires.

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre maitre et co-directeur de thèse

M. SEYDOU DIARRA

- Candidat PhD en Anthropologie médicale et de la santé à l'université de Paris 8 (France).

- Assistant en anthropologie médicale à la faculté de médecine de pharmacie d'odontostomatologie.

- Chercheur sur les politiques et système de santé au Mali.

Cher maitre,

Votre grande culture scientifique, votre simplicité, votre amour du travail a forgé notre admiration.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre maitre et directeur de thèse :

PROFESSEUR SAMBA DIOP

- maitre de conférences en anthropologie médicale à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,

- Chercheur au programme de recherche de SEREFO,

- MSc , PhD Ecologie humaine, anthropologie et éthique publique/sociétale.

Cher maitre

Nous tenons à vous dire toute notre reconnaissance pour avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. La clarté de votre enseignement, votre souci du travail bien accompli, votre efficacité dans la discrétion, votre simplicité et votre modestie font de vous un homme admirable. Que dieu vous garde longtemps pour les générations futures.

Sigles, abréviations et acronymes

AMPPF : Association malienne pour la protection et la promotion de la famille

DNSI : Direction nationale de la statistique et de l'informatique

EDS : Enquête démographique et de santé

EF : Economie familiale

ISF : Indice synthétique de fécondité

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PF : Planification familiale

UNESCO : United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation

USAID : United States Agency for International Development

VIH/SIDA: Virus de l'immunodéficience acquise/ Syndrome immunodéficience acquise

CSCOM : centre de santé communautaire

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges

Figure 2 : Répartition des jeunes en fonction du sexe

Figure 3 : Répartition des jeunes en fonction du lieu de vie

Figure 4 : Répartition des jeunes en fonction de l'ethnie

Figure 5 : Répartition en fonction du niveau d'étude des jeunes

Figure 6 : Répartition des jeunes en fonction du statut matrimonial

Figure 7 :Répartition des jeunes selon l'utilisation de contraceptif

Figure 8 : Répartition des jeunes selon la méthode utilisée

Figure 9 : Répartition selon l'utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir déjà entendu parler de la contraception

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance dune signification de la contraception

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des méthodes de contraception

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'approvisionnement

Tableau V : Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception.

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'IVG

Tableau VII : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon en fonction des

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse.

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception.

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de désapprobation de la contraception

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'existence d'un partenaire

Tableau XIII: Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité avec le partenaire.

Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec le partenaire.

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec le partenaire.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapports sexuels avec le partenaire.

Tableau XVII : Répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le partenaire s'y oppose.

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel

Tableau XIX : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Tableau XX : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Tableau XXI : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour

SOMMAIRE

I-Introduction 1

II-Cadre théorique 3

III- Hypothèses de recherche 7

IV- Objectifs 8

V- Généralités 9

VI- Méthodologie 31

VII- Résultats 34

VIII- Commentaires et discussions 53

IX- Conclusion et recommandations 58

X- Références bibliographiques 60

XI- Annexes 64

I-Introduction

Les jeunes, aujourd'hui, sont de plus en plus précocement sexuellement actifs (27).

Si certains pour mieux vivre leur sexualité font recours à des méthodes contraceptives souvent sur conseils de spécialistes, ils sont nombreux à ignorer la question ou qui s'en détournent par pure inconscience au risque de compromettre leur santé. Certes des structures étatiques, privées ou bénévoles existent un peu partout dans le pays, surtout dans les centres urbains, qui apportent conseils et soins aux jeunes, mais leur insuffisance et mauvaise fréquentation par ceux-ci demeure le nœud gordien dans la résolution de la problématique de la santé sexuelle des jeunes (27).

L'intérêt accru que suscite la jeunesse est dû en partie à l'importance de la population jeune. L'actuelle génération des jeunes est la plus nombreuse qui ne soit jamais apparue (plus de 3 milliards de personnes) est âgée de moins de 25 ans (33).

Quatre-vingt-cinq pour cent des jeunes vivent dans les pays en développement (33).

Dans le monde, les jeunes traversent une phase de formation. Vu le taux d'accroissement rapide de la population africaine, cette population jeune sera de plus en plus importante. Les jeunes contribuent de plus en plus à la croissance de la population, car la fécondité est de plus en plus précoce (32).

C'est vrai, quoique nos sociétés soient perméables aux idées progressistes, elles gardent souvent un esprit sclérosé sur certains sujets. Parmi ceux-ci demeure la question de la sexualité. Toujours éludée demeure cependant au centre de toutes les préoccupations de la société. Les jeunes sont assurément le public cible, qui doit être éduqué à un changement de mentalité pour une vie sexuelle saine et responsable (27).

La fécondité précoce comporte des risques de santé pour la mère et le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement. En dehors des risques encourus par l'individu, l'activité sexuelle précoce est à la base d'une mortalité, morbidité maternelle et infantile non négligeable au niveau national.

En dépit d'énormes efforts déployés en matière de santé de la reproduction, l'utilisation de la contraception moderne est de 7 % selon EDSIV Mali 2006. Il ressort des données disponibles que l'utilisation actuelle de la planification familiale représente environ 20% de la demande potentielle soit 80% de besoins non satisfaits(35).

Au Mali plusieurs travaux se sont intéressés aux différents problèmes liés à la grossesse chez les jeunes ces différents travaux nous ont permis d'avoir des données épidémiologiques cliniques et sociales, notamment celles des EDS qui fournissent des statistiques de base(35).

Cependant malgré ces études, l'aspect socio-culturel n'est pas encore assez bien étudié.

Une étude sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes au niveau des grins sur la contraception peut contribuer à mieux comprendre les comportements de cette couche de la population et à chercher les solutions appropriées pour améliorer son accès aux méthodes de contraception efficace.

II-Cadre théorique
A) Enoncé du problème

Chaque année on enregistre dans le monde 75 millions de grossesses non désirées dues à deux causes principales : soit le couple n'utilisait pas la contraception soit la méthode utilisée a échoué (18). Le manque d'accès à l'information et aux services de planification familiale est une des nombreuses raisons pour lesquelles la contraception n'est pas utilisée pour éviter une grossesse non-désirée.

Les moyens contraceptifs sont de plus en plus disponibles mais hors de portée pour beaucoup de gens. Près de 60% des femmes et des hommes utilisent aujourd'hui dans le monde des méthodes contraceptives modernes, mais environ 350 millions de couples ne sont pas informés dans ce domaine et n'ont pas accès à différentes méthodes et prestations (18).

La planification familiale est reconnue depuis plusieurs années comme un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien être des femmes et de leurs familles (35).

Au Mali, beaucoup d'efforts ont été consentis dans ce cadre a travers les différents programmes de santé de la reproduction.

Cependant la prévalence contraceptive reste l'une des plus faibles de la sous région africaine (35).

B) Approche conceptuelle

Il est généralement admis que l'adolescence doit au plus être décrite comme une « période de transition » au cours de laquelle, bien qu'il ne soit plus un enfant, la jeune personne n'est pas encore adulte ou considérée comme telle(44).
Suivant les catégories de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est adolescent tout individu dont l'âge est compris entre 10-19 ans. La catégorie « adolescent » chevauche celle des jeunes (15-24ans) et la « population jeune » englobe les individus de 10-24 ans. Si les adolescents appartiennent à la même tranche d'âge, ils ne forment pas un groupe homogène. Ils vivent chacun dans un contexte familial, socioéconomique et politique, où se forgeront des expériences et des personnalités variées. Cependant, peu de travaux/programmes prennent en compte cette hétérogénéité. Pour certains chercheurs, une faiblesse des programmes actuels

à destination des adolescents, serait justement l'absence de reconnaissance de la diversité interne de cette population.
On s'intéresse aux « jeunes » en indiquant les 10-24ans, ou on évoque les adolescents sans donner de précision. Les catégories utilisées dans la plupart des travaux excluent les 10-13ans et les indications méthodologiques ne précisent pas pourquoi on s'intéresse, inclut ou exclut certaines tranches d'âge(44).

Lorsqu'on consulte la littérature sur la santé reproductive des «adolescents », on note très vite une profusion d'analyses épidémiologiques et démographiques, principalement basées sur des enquêtes quantitatives, des analyses effectuées à partir des résultats d'Enquête Démographiques de Santé (EDS) ou des questionnaires conçus et administrés dans le but de comprendre un aspect particulier de la sexualité des adolescents. On note aussi des travaux de type qualitatif, construits à partir des discussions de groupes et d'interviews approfondies. Ici, la littérature des pays anglophones d'Afrique est riche d'une réflexion qui se propose de « contextualiser » le comportement sexuel des adolescents , à partir de l'hypothèse que les relations sexuelles ont lieu dans un contexte rempli de valeurs, d'attitudes et de croyances, et la connaissance de ce contexte est nécessaire pour l'appréhender(45).

Dans toutes ces études, les sujets les plus traités sont : la fréquence et l'âge aux premiers rapports sexuels, les connaissances-attitudes relatives à la contraception, l'utilisation des méthodes contraceptives et du préservatif, les valeurs en rapport avec la permissivité. Cependant, de plus en plus et provenant surtout d'Afrique australe, on note des travaux traitant de l'impact des relations de pouvoir et de genre sur la sexualité des adolescents, avec pour l'ensemble de ces travaux, une focalisation sur les jeunes des zones urbaines.
En quoi les adolescents sont-ils différents pour qu'on ait besoin de programmes, études, politiques de santé qui leurs soient spécialement destinés, de paradigmes spécifiques à l'étude de leur sexualité ?
La sexualité des adolescents est perçue avec beaucoup d'ambiguïté dans plusieurs parties du monde. La sociologie et la psychologie la situent dans l'ensemble des « comportements déviants » et dans les discussions publiques, on la juge problématique. Or il n'y a pas d'indications sur ce que pourrait

être le comportement ou le développement sexuel « normal » de l'adolescent.
L'adolescence est une période de transition, de maturation physique, de formation de l'identité, acquisition des rôles sociaux (Gage 1998). Elle est associée à l'émergence d'une conscience de la sexualité et le désir de l'expérimenter c'est une phase importante dans le développement de l'identité sexuelle.
Dans plusieurs pays en voie de développement, jusqu'à une époque récente, l'adolescence était inexistante. On devenait adulte en passant au travers de rites de passage ; on quittait alors l'enfance pour le statut d'adulte, épouse et mère pour les filles(44).

Aujourd'hui les jeunes vivent dans un contexte marqué par l'effritement des valeurs « traditionnelles » ; l'exposition à d'autres cultures ; la scolarisation créée une phase de transition plus ou moins longue entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle l'enfant, l'adolescent et plus tard le jeune adulte acquièrent les aptitudes qui leur permettront d'accéder à une certaine indépendance, à « réussir » dans la vie/leur vie. Ceci a entre autres eu comme conséquence une augmentation de l'activité sexuelle pré maritale dans un contexte de restrictions légales et sociales(45).

Cependant, certaines recherches menées en Europe, en Amérique ou en Australie éclairent ce qui s'y passe. Entre autre les travaux de Geronimus (1991, 1992, 2004) ;Tolman (1994) ; Hanna, (2001) Dans le monde environ 14 millions d'adolescentes deviennent mères chaque année et près de 90% de celles-ci vivent dans les pays en voie de développement. Les pays d'Afrique subsaharienne ont les taux de fécondité d'adolescentes les plus élevés au monde. Les chercheurs suggèrent plusieurs explications à cela : les mariages précoces, le besoin de prouver sa fertilité, l'ignorance, l'acceptation réduite des méthodes contraceptives « modernes », la rareté des services de planning familial. l'évolution de l'âge au mariage .Ces grossesses chez des filles qui n'ont pas achevé leur développement physiologique et physique sont qualifiées de grossesses à risque ou précoces ; elles ont des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. Elles ont aussi des conséquences sociales : si elle est scolarisée, l'adolescente est parfois obligée d'interrompre son cursus scolaire, ce qui réduit considérablement ses perspectives d'avenir, notamment celle de

trouver un emploi stable. N'étant de façon générale pas planifiées, elles sont à l'origine de déception, conflits familiaux et/ou matrimoniaux. Perçue comme une source de honte, la jeune mère s'expose à l'opprobre, sa réputation est ternie, elle court le risque de rester célibataire, ou d'être obligée d'épouser l'auteur de sa grossesse, ne pas avoir l'opportunité de développer sa propre identité, dépendre de la société et de sa famille(45).

A travers le monde les organismes chargés de la promotion des femmes soulignent le handicap que constituent les maternités d'adolescentes pour la formation et la carrière professionnelle des jeunes filles. De nos jours les programmes de planification familiale ont fait de l'intervention pour éviter les grossesses précoces une de leurs priorités. C'est en effet un thème qui contribue largement à légitimer l'offre des services de contraception.

III-Hypothèse de recherche :

1) L'éducation est un facteur qui exerce une influence importante sur le développement socio-affectif et économique de la jeunesse.

2) L'éducation sexuelle des jeunes est un atout clé de développement sanitaire et socio-économique.

3) Les jeunes d'aujourd'hui sur qui repose l'avenir ont les connaissances, attitudes, et pratiques à risque en matière de contraception ?

Pour mieux comprendre leur comportement nous nous sommes fixés des objectifs.

IV-Objectifs :

1-objectif général :

Étudier les comportements des jeunes au niveau des grins face à la contraception.

2-objectifs spécifiques :

- Évaluer le niveau des connaissances des jeunes sur la contraception au niveau des grins

- Identifier les attitudes des jeunes au niveau des grins sur la contraception.

- déterminer les pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins

3-Justification :

Les grossesses non désirées constituent un problème de santé publique auquel est confrontée la jeunesse, celles-ci peuvent être cause de déséquilibre économique et sanitaire d'où notre intérêt de cette étude.

V- Généralités

1) Définitions

1- 1) La contraception

La contraception est définie comme une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (23).

En général le contrôle des naissances ou la contraception est une méthode qui empêche une femme de devenir enceinte (4).

Les méthodes scientifiques de contraception apparaissent dans le courant du XIXième siècle et surtout dans sa seconde moitié. La contraception n'est pas une question nouvelle mais s'accompagne toujours de débat(39).

1- 2) Planification familiale

Elle est définie comme l'ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille (14).

2) Histoire de la contraception

2-1) Dans le monde

Selon Serfaty (39), la limitation des naissances est présente depuis les époques les plus reculées et est probablement née dans les sociétés préhistoriques lorsque, malgré une très forte mortalité naturelle, les conditions de survie obligeaient à restreindre les naissances.

La contraception était pratiquée dans l'antiquité, elle le fut ensuite et l'est encore de nos jours dans les proportions respectives extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle (39).

Mais la contraception sera rejetée pour des raisons morales faisant de la procréation une obligation sacrée dans une optique naturaliste mettant l'homme au service d'une volonté supérieure qui ne lui laisse pas d'autre choix. C'est le propre de la pensée religieuse (39).

L'histoire de la contraception n'est en dehors des moyens employés, qu'une illustration de la bipolarité de l'esprit ou de la balance entre deux systèmes de pensée toujours présents dans la société ou chez l 'individu lui-même : le conservatisme ou le changement ; la tradition ou le progrès ; la foi ou la raison (39).

Autrement, si l'homme tend en général à vouloir modifier son être, non pas pour le sens d'un artifice destructeur, mais pour son bien actuel et futur, le contrôle de sa reproduction fait partie de ce souci d'une vision large de son avenir.

2-2) Au Mali

Les sociétés traditionnelles au Mali ont toujours été fortement pro-natalistes, cela pour des raisons d'ordre sociologique culturel, économique et spirituel. Une nombreuse progéniture est source à la fois de richesse (maximum de bras travailleurs pour augmenter la production) et de bénédiction divine (5).

La fécondité confère une valeur sociale et l'infécondité est toujours mal vécue et interprétée de malédiction ou de tares notamment pour la femme (32).

Une femme doit avoir des enfants, mais il demeure également vrai que la survenue d'une grossesse au cours de la période d'allaitement (deux ans en moyenne) serait sujet de moqueries. Cependant, avoir des enfants hors – mariage ou adultérins renvoie à un signe de mauvaise éducation et d'immoralité et la femme y paie plus que l'homme (5).

Malgré le comportement pro-nataliste, les Maliens ont une tradition très ancienne d'espacement des naissances : c'est ainsi qu'après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement (5).

On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs comme le *tafo*. La fréquence de ces pratiques serait en diminution notamment dans le milieu urbain (5).

La société malienne contemporaine est prise en porte – à - faux entre les valeurs séculaires (culturelles, morales et religieuses) et les logiques post-coloniales d'une culture de la raison et de la liberté de l'individu selon le modèle d'humanisme progressiste

hérité à la fois du colonialisme et de la révolution socialiste des années 1962 (5).

Les principales dates de la politique de planning familial au mali (9) **:**

Le mali a été l'un des premiers pays à adopter une attitude de tolérance vis-à-vis du PF. En effet depuis 1971 une délégation malienne s'est rendue à Mont- Real (CANADA) pour participer à un séminaire sur la PF. Après le Mali a signé un accord avec les organisations de ce séminaire pour un projet d'assistance en PF pour 4 ans. A ce moment entre les approches démographiques et sanitaires du PF c'est l'approche sanitaire qui a été choisie en absence de paramètre démographique suffisamment maitrisé de l'époque, c'est dans cet élan que l'association malienne pour la protection et la promotion de la famille (AMPPF) a été crée le 07 juin 1972.

_ **En 1972** le Mali abrogea la loi du 31 juillet 1920 dans ces articles 3 et 4 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle. Un centre pilote a été crée à Bamako par l'AMPPF dont l'objectif était l'espacement des naissances, la pratique du planning était conditionnée à l'autorisation maritale pour les femmes et parentale pour les célibataires.

_ **En 1973** deux séminaires dont un interafricain sur l'éducation sexuelle et d'autre intersyndical sur le planning familial ont été organisés à Bamako.

_ **En 1974** le Mali a souscrit à la déclaration de Bucarest (Roumanie) sur le droit au planning familial.

_ **En 1978** le Mali a souscrit à la déclaration d'Alma Ata (URSS) sur les soins de santé primaire, dont une des composantes est le planning familial dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant à travers un espacement judicieux des naissances.

_ **En 1980**, la division santé familial (DSF) a été créée au sein du ministère de la santé publique et affaires sociales pour élargir et coordonner les activités de la santé maternelle et infantile et en y intégrant le planning familial.

_ **En 1990**, deux séminaires nationaux ont été organisés à Bamako pour l'ébauche d'une politique de population, femme et développement.

_ **En 1991** le Mali a fait une déclaration de politique nationale de population.

_ **En 1994** avec la conférence internationale sur la population et le développement au Caire (EGYPTE) , les gouvernements , dont le Mali se sont engagés à agir dans le domaine de la santé de la reproduction ,engagement réitéré lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing (CHINE) en septembre 1995.

_ **En juin 1995** a été organisé un atelier de révision des normes et procédures de santé maternelle et infantile et planning familial.

Avec le temps le concept malien en matière de planning familial a évolué allant de l'espacement des naissances dont la pratique était conditionnée à l'autorisation maritale ou parentale en 1971 au concept actuel qui définit le PF comme : l'ensemble des moyens et mesures de régulation de la fécondité d'éducation et de prise en charge d'affection de la sphère génitale ,mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles , infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST/SIDA ,aux grossesses non désirées et avortements, et assurer ainsi le bien être familial et individuel.

Ceci implique, la responsabilité la liberté et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir le ou les moyens de régulation de la fécondité.

Pour le Mali la santé de la reproduction englobe la santé de la mère y compris le planning familial et la santé de l'enfant y compris celle de la petite fille.

Les principales lois relatives à la santé de la reproduction au Mali (9)**:**

A/La loi № 02-044 relative à la santé de reproduction dite loi Lahaou Touré adoptée le 24 juin 2002.

Il est à noter que la loi sur la santé de la reproduction a été initier par l'assemblée nationale sous forme de proposition de loi introduite par le REMAPOD et adoptée à partir d'une proposition régionale ouest africaine(côte d'ivoire 1999).Cette introduction a été faite dans un contexte marqué par de nombreuses barrières juridiques et non juridiques à la santé de la reproduction SR/PF :

L'existence de la loi de 1920 qui interdisait la propagande anticonceptionnelle et l'avortement ; le statut légal de femme peu favorable à la santé de la reproduction au Mali

Il faut noter que le processus d'adoption de cette loi a bénéficié de l'engagement des parlementaires maliens et du réseau régional de

parlementaires, de la collaboration des ministres en charge de la santé et de la femme, de la société civile ,des juristes et aussi du soutien de partenaires comme l'USAID, l'UNFPA et Policy projet.

La loi sur la santé de la reproduction est structurée en quatre titres et vingt un articles qui traitent de la définition(I), de la santé de la reproduction(II), des dispositions pénales (III) et des dispositions transitoires et finales (IV)

Elle annonce deux décrets : le premier détermine les conditions et les modalités de fabrication des produits contraceptifs au Mali et le second fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière aux malades du sida ou personnes vivantes avec le VIH et les garanties de confidentialité.

La loi relative à la santé de la reproduction annonce également deux arrêtés : Le premier portant sur la liste des produits, des méthodes et des moyens de contraception légalement approuvés et le deuxième inter ministériel, fixant les conditions d'importation des produits contraceptifs.

B/Lettre circulaire № 004/MSA-AS/CAB du 25 janvier 1991

Cette lettre adressée aux responsables administratifs, politiques et sanitaires, stipule que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire ou qui le nécessite s

3) Les méthodes de contraception modernes :

3-1) Les contraceptifs oraux ou pilules

Il existe deux grands groupes : les contraceptifs oraux combinés (œstrogène plus progestérone) et les contraceptifs oraux progestatifs.

Mode d'action

- La pilule oestro-progestative agit principalement en bloquant l'ovulation, en modifiant l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel œuf et en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col.

- La micropilule (micro dose de progestatif) agit uniquement en modifiant la glaire pour empêcher les spermatozoïdes de franchir le col sauf Cerazette qui supprime aussi l'ovulation.

Les différentes pilules contraceptives

Il existe :

- différents dosages même si l'oestrogène utilisé est toujours le même : 50 - 35 - 30 - 20 et 15 microgrammes.

- différents types de progestatifs.

- des variations de dosages des oestrogènes et des progestatifs sur la plaquette pour les différentes pilules déterminent les biphasiques et les triphasiques. Les pilules sans variations sont les monophasiques.

- il y a des pilules de 21 ou 28 comprimés.

Les avantages

C'est une méthode contraceptive très efficace, très bien tolérée, efficace dès le 1er comprimé, réversible dès l'arrêt. Elle permet d'avoir des cycles réguliers et les règles sont moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Les inconvénients

Il peut y avoir des petits saignements (spotting) en dehors des règles surtout lors des premières plaquettes, un peu de nausées, quelques douleurs et des gonflements des seins.

Les contre - indications

Hypercholestérolémie, hypertension arterielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans **(25)**.

La prise de poids, exceptionnelle, est toujours modérée.

3-2) Les contraceptifs injectables

Les contraceptifs injectables sont des méthodes populaires parce que leurs utilisatrices n'ont besoin de consulter un prestataire qu'à certains intervalles, mais aussi parce qu'ils sont très efficaces. De plus, ils peuvent être utilisés à l'insu du partenaire et qu'ils ne gênent pas les relations sexuelles.

Les contraceptifs injectables combinés contiennent deux hormones, l'œstrogène et un progestatif. Ils sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois.

Les contraceptifs injectables progestatifs (tels le Dépo-Provera et le Noristérat) ne contiennent pas d'œstrogène. Pour prévenir la grossesse, une injection est faite tous les deux ou trois mois, selon le type de contraceptif injectable choisi (26).

3-3) La contraception mécanique

3-3-1) Les préservatifs : la meilleure des protections contre les IST / VIH/ SIDA

a) Le préservatif masculin

Etui en latex avec ou sans réservoir, au moment de l'éjaculation le sperme est recueilli dans le préservatif et n'est pas répandu dans le vagin.

Mode d'emploi
S'il ne possède pas de réservoir laisser 1 à 2 cm en haut afin de créer un réservoir, pincer le haut du préservatif entre les doigts pour en chasser l'air, dérouler le sur le pénis en érection avant la pénétration, aussi loin que possible; le petit bourrelet de l'anneau doit être tourné vers l'extérieur.Se retirer avant la fin de l'érection en le retenant à la base.

L'efficacité
Le taux d'échec est inférieur à 5 % s'il est bien utilisé, son efficacité est renforcée s'il est associé à des spermicides.

Les avantages
C'est la meilleure protection contre les IST et le VIH/ SIDA, méthode simple, facile à se procurer, prise en charge de la contraception par l'homme, protection contre le cancer du col.Il est en vente libre et disponible.

Les inconvénients
Il peut diminuer la qualité et la spontanéité de l'acte sexuel : doit être mis sur le pénis en érection et être retiré avant la fin de l'érection sinon le préservatif n'est plus maintenu et peut laisser passer le sperme dans le vagin. Il peut se déchirer, le taux de grossesse non-désirée est plus important qu'avec la pilule ou le stérilet.

b) Le préservatif féminin : Femidon

C'est une gaine cylindrique pré-lubrifiée en polyuréthane.

Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport.

Peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

L'efficacité
Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

Les avantages
Excellente protection contre les MST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin.

3-3-2) Le diaphragme et cape cervicale

Mode d'action
Le diaphragme est une membrane en latex ronde et concave tendue sur un ressort circulaire. Il est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus.
La cape cervicale est une cupule en silicone, elle est placée au fond du vagin avant les rapports sexuels pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.

Le mode d'emploi
Ils sont à utiliser avec des spermicides. Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.
Il existe différentes tailles de diaphragme et de cape.
L'utilisation des capes cervicales est à rapprocher de celle du diaphragme : Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

L'efficacité
S'ils sont correctement utilisés et à tous les rapports sexuels, leur efficacité est supérieure à celle des spermicides seuls et équivalente à celle des préservatifs masculins.

Avantages
C'est la méthode vaginale de contraception la plus fiable, peu onéreuse, pas de contre-indication médicale, pas de risque pour la santé. Peut être placé discrètement à l'avance, diminue le risque du cancer du col de l'utérus, immédiatement réversible.

Les inconvénients
Le taux d'échec est élevé si mal utilisé. La mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin entraîné, le spermicide peut couler de façon excessive. Ils sont encombrants (25).

3-3-3) Les dispositifs intra-utérins (stérilet)

Mode d'action
Plusieurs modes d'action sont avancés : une altération des spermatozoïdes par l'action du cuivre qui empêche la fécondation, une modification de l'endomètre qui empêche la nidation de l'œuf, une modification de la glaire cervicale pour les stérilets au progestatif ce qui empêche les spermatozoïdes de franchir le col.

Il existe différentes formes, différentes tailles. Le médecin choisira le stérilet le mieux approprié à chaque femme.

- Au cuivre

- Au progestatif

Le mode d'emploi
Posé par le médecin ou la sage femme formée, en principe à la fin des règles ou n'importe quel jour du cycle.

Sans anesthésie, il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet (par le médecin et par la femme) et pour permettre le retrait.

En cas de contraception d'urgence à poser dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé éventuellement.

Durée : 3 à 5 ans selon les stérilets avec une surveillance médicale régulière, 1 à 2 fois par an. Le retrait se fait pendant ou après les règles : indolore et simple

L'efficacité
Il est efficace dès la pose.

Les avantages
Méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

Les inconvénients

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains stérilets, possibilité de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

Dans certains cas, peu conseillé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfants en raison du risque de stérilité en cas d'infection, moins de risque d'infection avec le stérilet au progestatif.

Risque de grossesse, de grossesse extra-utérine et d'expulsion.

Les contre - indications

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine (dans certains cas), les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf stérilet au progestatif) certains fibromes, les femmes n'ayant jamais eu d'enfant (25).

3-4) Les autres méthodes modernes

3-4-1) L'implant "Implanon" :

C'est un implant sous-cutané composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large, qui délivre en continu de faibles doses d'hormone (progestérone). Au Mali, on dispose surtout du Norplant qui est à 6 capsules pour 5 à 7 ans.

Mode d'action

Il agit en empêchant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi

L'implant se met sous la peau de la face interne du bras, à l'aide d'un applicateur stérile à usage unique après une anesthésie locale.

Il se retire aussi après une anesthésie locale, à l'aide d'une petite incision de 2 mm, avec une pince. La pose et le retrait sont simples et rapides, environ 1 minute 30 pour la pose et 3 minutes 30 pour le retrait. Il est mis en place pour 3 ans par le médecin ou la sage femme pendant une consultation.

L'efficacité

Elle est très efficace dès la pose.

Les avantages
Sans problème d'observance, il est bien toléré et réversible dès le retrait.

Les inconvénients
Il peut y avoir des troubles du cycle, pouvant être un motif de retrait, il laisse une petite cicatrice de 2 mm au niveau de la zone d'insertion.

Les contre- indications
Thrombose évolutive, affection hépatique sévère.

3-4-2) Le patch "EVRA" :

C'est un patch de 20 cm2 qui délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 20 microgrammes.

Mode d'action
Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi
Utiliser un patch par semaine pendant 3 semaines, arrêt d'une semaine (comme avec la pilule les règles arrivent pendant la semaine sans patch).

Les 4 sites d'application possibles sont : le bras, l'abdomen, le tronc, les fesses.

Attention: ne pas appliquer sur les seins

L'efficacité
Il est très efficace à condition d'être bien utilisé.

Les avantages

Meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oubli, très bien toléré et réversible dès l'arrêt, il permet d'avoir des cycles réguliers, des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses.

Les inconvénients
Il est visible et peut se décoller dans 2 à 3% des cas. Comme pour toute contraception hormonale on peut observer : des céphalées, des nausées, une prise de poids, une tension mammaire

Les contre- indications
Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension arterielle, antécédent d'accident thromboembolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

3-4-3) L'anneau vaginal "Nuvaring" :

L'anneau NUVARING (diamètre = 54 mm et section = 4 mm) délivre une association oestro-progestative, comme une pilule à 15 microgrammes.

Mode d'action
Il agit comme la pilule, en bloquant l'ovulation et en modifiant la glaire cervicale.

Le mode d'emploi
Utiliser un anneau par cycle, 3 semaines avec anneau, 1 semaine sans anneau. Les règles auront lieu pendant la semaine sans anneau, comme avec la pilule. L'insertion et le retrait sont simples.

L'efficacité
Comme la pilule oestro-progestative, il est efficace à condition d'être bien utilisé. Efficace dès la pose du 1er anneau et aussi pendant la semaine d'arrêt.

Les avantages
Mise en place et retrait facile, meilleure observance qu'avec la pilule, moins de risques d'oublis. Mêmes avantages que la pilule.

Les inconvénients Comme pour toute contraception hormonale, on peut observer : des nausées, des céphalées, une prise de poids, de la tension mammaire.

Les contre - indications
Comme la pilule oestro-progestative : hypercholestérolémie, hypertension arterielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans **(25).**

3-4-5) La contraception d'urgence

C'est une contraception d'exception à utiliser en cas de rapport sexuel non ou mal protégé et quel que soit le moment du cycle.

A prendre si possible dans les 12h et au plus tard jusqu'à 5 jours pour le stérilet.

D’une part, elle agirait en retardant l'ovulation ou en la perturbant lorsqu'elle est sur le point de se produire, d'autre part, elle modifierait l'endomètre de façon à ce qu'il ne puisse accueillir un éventuel oeuf.

Les différents types de contraception d’urgence

La Pilule (le plus connu est le Norlevo) et le Sterilet (dispositif intra-utérin).

Le mode d'emploi

Le Norlevo à prendre pendant le repas pour éviter les nausées, dans les 12 heures après le rapport mal ou non protégé, au plus tard dans les 72 heures après le rapport sexuel.

L'efficacité

Elle varie avec la méthode.

Les inconvénients

En général, elle est bien tolérée ; Possibilité de vomissements ou de nausées.

Les contre- indications

Le Norlevo aucune, le Sterilet ne peut pas, dans certains cas, être posé chez des femmes n'ayant pas eu d'enfant **(25).**

3- 4- 6) Les spermicides

Mode d’action

Introduit au fond du vagin avant le rapport sexuel, le spermicide se dissout et se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes. Ils sont essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium. Ils se présentent sous forme d'ovules, de crèmes, de gel ou d'éponges.

Les avantages

Ils sont simples à utiliser, sans prescription donc facilement disponibles, sans contre-indications médicales ni de risque pour la santé ; Ils peuvent jouer un rôle de lubrifiant.

Les inconvénients

Efficacité insuffisante : coûteux ; leur emploi est contraignant (délai à respecter, mise en place) ; certains peuvent couler de façon excessive ; possibilité d'intolérance locale.

3-4-7) La stérilisation à visée contraceptive

Elle est régie par des lois dans plusieurs pays (25)

a) La stérilisation féminine : ligature ou obturation des trompes

- Méthode par coelioscopie et laparotomie

Elle se pratique sous anesthésie générale (avec hospitalisation), elle consiste soit à : sectionner et électro-coaguler les trompes ; poser des anneaux de Yoon (clips) sur les trompes.

Cette méthode est en principe irréversible.

- Méthode par les voies naturelles

C'est une nouvelle méthode : le dispositif Essure se pratique par hystéroscopie sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro-implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer.

C'est une méthode simple et rapide (environ 30 minutes) ne laissant pas de cicatrice. Il faut attendre 3 mois (et continuer sa méthode de contraception habituelle) avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

b) La stérilisation masculine : la vasectomie

C'est la section des canaux déférents (canaux transportant les spermatozoïdes). C'est une intervention chirurgicale simple, sous anesthésie locale, sans grands risques opératoires, en principe irréversible ; il existe la possibilité d'autoconservation du sperme au préalable dans des banques de sperme.

Au Mali, les services de prestation de PF mettent la plus part de ces méthodes à la disposition de la population.

3-5) Les méthodes naturelles : les moins efficaces des contraceptions

Historiquement, ce sont les plus utilisées et pourtant ce sont les moins fiables. Elles peuvent être utilisées par des femmes voulant espacer les grossesses et qui accepteraient l'échec de ces méthodes.

3- 5-1) Le retrait ou coït interrompu

L'homme retire son pénis juste avant l'éjaculation pour qu'elle se produise à l'extérieur du vagin. Si le retrait n'est pas effectué à temps, il y a un risque de grossesse, de même qu'il arrive très souvent qu'avant l'éjaculation, un peu de liquide contenant des spermatozoïdes s'écoule du pénis. C'est une méthode qui rompt l'harmonie du rapport sexuel.

3- 5-2) L'abstinence périodique

Il s'agit de détecter la phase fertile du cycle menstruel et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels ou d'utiliser des contraceptions locales pendant cette période.

Cette méthode est fondée sur le fait que les spermatozoïdes et les ovules ont une durée de vie de quelques jours. La fécondation ne peut se réaliser que si les rapports sexuels ont lieu quelques jours avant, pendant ou après l'ovulation. Cette méthode nécessite un apprentissage.

Le moment de l'ovulation est évalué de plusieurs façons.

a- La méthode du calendrier ou Ogino
C'est la plus largement connue et pourtant la moins efficace.

Elle est basée sur le calcul de la période fertile (ovulation), considérant les autres périodes du cycle comme non à risque de grossesse.

Cette méthode est peu fiable car la date de l'ovulation n'est jamais prévisible, elle peut être décalée même si les cycles sont réguliers et de nombreux facteurs peuvent perturber le cycle.

Tout rapport sexuel présente un risque de grossesse, quelque soit le jour du cycle (même pendant les règles).

b- La méthode des températures
Lors de l'ovulation la température basale du corps monte de 1 à 4 degrés et reste la même (en plateau) jusqu'aux règles suivantes. Cette méthode consiste à détecter l'ovulation en prenant sa température rectale tous les matins au réveil avant de se lever.

L'abstinence est longue. Elle doit se faire du début des règles jusqu'au 2ème jour après la montée de température. De nombreux facteurs peuvent perturber la température basale

(infections, nuits courtes, heure du réveil) et induire en erreur l'utilisatrice. Cette méthode est contraignante.

c- La méthode de la glaire ou Billings

La glaire cervicale change de consistance au moment de l'ovulation.

Cette méthode consiste à détecter la modification de la consistance de la glaire cervicale observée à l'entrée du col tous les jours : il faut pour cela imbiber le pouce de glaire et apprécier la longueur du "fil" obtenu (5 à 10 cm) et la transparence de la glaire.

Au moment de l'ovulation et juste avant, la glaire cervicale est plus abondante et a une consistance comparable à celle du blanc d'œuf. L'abstinence doit se faire à partir de cette modification et jusqu'à 3 jours après qu'elle ait disparu.

Cette méthode demande un apprentissage et est réservée aux initiées motivées, elle est source de nombreuses erreurs.

d- Les tests d'ovulation : Persona

Ce sont des tests qui permettent de détecter le début et la fin de l'ovulation par la mesure des variations hormonales dans les urines, si les cycles sont réguliers.

Ils ont une efficacité légèrement supérieure aux méthodes précédentes toutefois leur coût reste très élevé **(25).**

3- 5-3) L'allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est le recours à l'allaitement comme méthode temporaire de planification familiale. La MAMA est efficace à 98 % environ contre la grossesse si les critères suivants sont remplis : la mère n'a pas eu ses règles depuis l'accouchement ; elle nourrit son enfant au sein, exclusivement ou presque exclusivement ; le bébé a moins de 6 mois.

Outre son effet contraceptif temporaire, l'allaitement protège le nourrisson contre les maladies infectieuses, lesquelles peuvent être mortelles. Toutefois, dans le cas des femmes séropositives pour le VIH, il convient de peser soigneusement le risque de

transmission de ce virus de la mère à l'enfant contre les avantages bien connus de l'allaitement (24).

4) Les méthodes de contraception traditionnelles au Mali
Ces méthodes reposent sur le vécu socioculturel des peuples (16). On peut citer :

a-Cordelette imprégnée(*Tafo*):

Cordelette avec des nœuds imprégnée d'incantations et attachée autour du bassin de la femme. Son pouvoir reposerait sur la psychologie mais également sur le vécu ou valeurs socioculturelles (par exemple perd son efficacité en cas de rapport avec un autre homme que son mari).

b-La Toile d'araignée :
Se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col, empêchant donc la montée des spermatozoïdes, donc méthode de barrière.

c- Le miel et le jus de citron :

On les place dans le vagin avant les rapports ; ils entraînent soit une immobilisation des spermatozoïdes (miel), soit une destruction des spermatozoïdes (citron) agissant comme des spermicides.

d- Les solutions à boire :

Il peut s'agir : d'écorces d'arbres ou de plantes, des graines à avaler ou de « nasi » solution préparée par les marabouts ou des charlatans.

e- La séparation du couple après accouchement :

Après un accouchement, il est de coutume de séparer le couple pendant 40 jours. Ceci permettait à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement.

Aucune étude scientifique n'a été faite sur l'efficacité de ces méthodes traditionnelles. Il semble qu'elles peuvent être à la base d'infection à répétition et même créer d'autres problèmes chez la femme tel que l'infertilité, des algies pelviennes.

5) Morale et éthique de la reproduction

5- 1) Dans l'antiquité

L'infanticide, l'avortement et la contraception étaient pratiqués depuis l'antiquité. Ils continuent encore de nos jours dans les proportions extrêmement variables selon les lieux et les époques. Ceci pour nous montrer la constante volonté de l'espèce humaine d'échapper à la fatalité d'une reproduction naturelle, volonté individuelle ou collective, institutionnelle ou non, mais ne trouvant une opposition ou une annihilation que dans une structure morale d'essence religieuse, philosophique ou politique (39).

5- 2) Aspects religieux et philosophiques

a- Le christianisme et la contraception

La contraception n'est pas une question nouvelle selon Larchet (17), mais l'expansion et la banalisation de cette pratique dans les sociétés modernes par la mise à disposition des moyens plus nombreux et plus sûrs, a suscité des réactions aiguës et accentué le débat du côté des confessions chrétiennes traditionnellement réservées vis à vis de la contraception.

On notera que certaines pratiques et prescriptions communément admises au sein de l'église ancienne (et toujours en vigueur de l'église orthodoxe) ont eu pour effet objectif, une limitation des naissances.

L'abstention de rapports sexuels durant la menstruation, durant la grossesse, mais également lors des jours et des périodes de carême (qui totalisent la moitié des jours d'une année), ainsi que les jours précédant la communion et la pratique de l'allaitement maternel. Le nombre de jours fertiles se trouvait ainsi considérablement réduit (17).

b- L'islam et la contraception

La définition de la planification familiale adoptée à la conférence islamique internationale de Rabat 1971 (13) est la suivante : « la planification familiale est l'utilisation par les deux conjoints, qui tous deux y consentent sans contrainte, d'une méthode licite et sûre pour retarder ou avancer le moment de la grossesse selon ce qui convient le mieux aux époux en fonction des facteurs sociaux, économiques ou de santé de la famille, les conjoints étant

conscients à tous moments de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur progéniture ».

La planification familiale n'est pas une nouveauté pour l'islam, comme le révèlent les propos échangés à la conférence. Les compagnons du prophète la pratiquaient déjà à l'époque de la révélation coranique, et en discutaient avec lui, qui ne l'interdisait pas (13).

Si la planification familiale, comme on l'entendait alors, était prohibée, alors les versets coraniques qui s'y rapportent l'auraient formellement interdite, ce qui n'est pas le cas.

Le mariage est une association de deux libertés ; la femme n'est ni un objet sexuel, ni une machine à reproduire, c'est la volonté du couple librement qui décide de la progéniture comme de l'harmonie sexuelle et la contraception reste libre s'il le souhaite.

Aucun texte de l'islam n'interdit la régulation des naissances mais la perpétuation de l'espèce humaine reste l'objet essentiel de l'accouplement (39).

6) le grin

6-1) définition : Le grin est un mot d'origine lointaine et confuse, comme l'a souligné à plusieurs reprises dans ses différentes éditions le Jamana sous le titre de «le grin » une forme de regroupement spécifique, le grin est une réalité sociologique qui recouvre à la fois des aspects historiques et fonctionnels (42).

L'émergence des grins et leur prolifération constituent un phénomène nouveau dans nos villes, c'est avant tout un fait urbain. En d'autres termes il se situe à la croisée de deux sociétés : la traditionnelle en voie de changement et la moderne, il assure l'adaptation de la première à la seconde (42) (43).

C'est ce qui explique quelque part la complexité et la difficulté de cerner et de définir ses contours. Ainsi beaucoup considère le grin comme un regroupement de deux ou plusieurs personnes en un lieu et à une ou des heures fixes .Or pour peu qu'on y regarde de plus près, il s'avère que si le mécanisme de fonctionnement du grin exige un regroupement de personnes, un lieu, un temps, toute forme de regroupement en un lieu et à un moment donné ne correspond pas forcement à un grin. Le grin constitue un endroit où disparaissent les contraintes, c'est la liberté, le défoulement, le grin est l'évasion du milieu de travail, du cadre familial (42) (43).

Le lieu et le temps sont deux traits caractéristiques du grin envisagé sous l'angle formel(42).

Il ya fixité et mobilité du lieu de rencontre le choix du lieu importe peu, il se fait spontanément et inconsciemment. Ce détail est très important car si le lieu est défini au départ cela prend le caractère d'un club : forme d'organisation plus élaborée et plus structurée que le grin(43).

En outre le grin est un phénomène particulier qui répond à des exigences précises dont le principal est la détente, la libération des contraintes quotidiennes, celui qui y participe n'est soumis à aucune discipline contraignante car le grin est la négation des restrictions(43) (42).

La composition d'un grin peut être homogène ou hétérogène. Son hétérogénéité se remarque au niveau des grins de jeune, là on remarque la différence d'âge, de sexe, de profession(43).

Le grin a une fonction éducatrice, informatrice et distractive, on s'amuse mais aussi s'informe sur la vie quotidienne, sur les événements politiques, culturels, sportifs nationaux et internationaux (42).

Tous les sujets sont débattus au grin. Sa fonction d'éducation est rendue possible par son hétérogénéité par exemple dans un grin composé de filles et de garçons l'éducation sexuelle est possible.

6-2) origine et évolution du grin :

Le grin peut voir son origine dans les associations de jeunes (garçons surtout) qui ont à peu près le même âge et qui ont ensemble subi les mêmes épreuves d'initiations. En effet, la circoncision a toujours regroupé des jeunes gens et devant cette épreuve leur vie de groupe a finalement été modelée .Dans nos sociétés traditionnelles, ces pratiques étaient structurées et tous les enfants d'une même communauté, d'un même village, les passaient ensemble sous la responsabilité d'hommes chargés d'éduquer, de former les futurs hommes de la contrée. A l'occasion il nait entre ces jeunes gens des liens qui existent entre eux et leurs parents. On peut voir ici aussi la naissance d'une forme de cousinage à plaisanterie qui a développé une forme de tolérance, permettant ainsi de régler les conflits(43).

De cette façon ces jeunes prennent l'habitude de se retrouver et discuter de leurs problèmes sous la responsabilité d'un chef de

groupe. La différence relative d'âge n'a pas tellement d'importance, même si quelque fois, on peut y faire allusion.

Ces pratiques, que l'on a pu rencontrer également dans les villes, ont été modifiées sous l'effet de l'influence de la cité. Les citadins ont, en effet, été largement et progressivement influencés par des idées nouvelles qui ont donc imposé des habitudes nouvelles. Ainsi la circoncision, en tout cas dans sa forme et pratique ancienne, est en train de disparaître ou a disparu. Mais, avant, l'habitude de se retrouver en un même lieu a fait tâche d'huile et on ne peut plus faire autrement. Si les jeunes garçons ne sont plus soumis à certaines pratiques ancestrales qui pouvaient justifier leur regroupement, beaucoup d'autres occasions, avec la modernisation, ont permis de se retrouver(43).

L'école a été, sans qu'on ne s'en rende compte, le lieu par excellence de regroupement des jeunes garçons, soit pour aller et revenir ensemble, soit pour participer aux mêmes jeux dans la cour, faisant naître ainsi une camaraderie qui s'est allégrement prolongée en dehors de l'école. Le football a été une forme de jeu qui a facilement regroupé les jeunes garçons. En effet, les joueurs d'une équipe se rencontrent le plus souvent en un même lieu avant d'aller au terrain. A l'occasion on se surprend en train de discuter, de se taquiner, de se bagarrer aussi, mais sans rancune, le plus fort faisant toujours régner sa loi sur le plus faible(43).

On pourrait bien trouver d'autres activités de regroupement des jeunes garçons. Les jeunes filles, au même moment, passent plus de temps auprès de leurs mamans pour apprendre à être de futures femmes. Dans les villages ces phénomènes ont été tardifs. Vers les années 60 et même avant, la naissance et le développement de nouveaux courants musicaux, avec de nouveaux comportements vestimentaires, ont imposé aux jeunes maliens et mêmes africains d'imiter ceux d'Outre mer. Ainsi, on se regroupe pour écouter ces nouvelles sonorités ou encore organiser des soirées dansantes. Des " surnoms " apparaissent partout : Johnny, Jacques, Jagger, Jimmy, James, Claude etc. Le tout se décidant le plus souvent au grin. Dans sa forme actuelle, le grin est un phénomène de ville rythmé par l'évolution des mœurs(42)(43).

De plus, il fallait aux jeunes être capable de jouer à la belote, phénomène nouveau qui allait leur permettre de rester plus

longtemps ensemble. A l'occasion, " prendre du thé au grin " est devenu un phénomène de mode. En effet, le thé a également été un puissant prétexte de se retrouver. Cette pratique se généralisant, on voyait çà et là, dans les quartiers, aux coins des rues, des regroupements de jeunes garçons, de 15 à 25 ans et plus assis autour du thé et souvent jouant à la belote. Les plus nantis et les plus âgés (c'est relatif) peuvent avoir à côté d'eux un "électrophone " pour écouter James B, Otis R ou encore Pacheco et autres musiciens français, anglo saxons, cubains, africains etc. Ces courants musicaux, par vagues successives, ont modelé les grins et leur fréquentation. Il fallait venir au grin pour les écouter à défaut de les avoir chez soi...

De ces grins est né le phénomène de *"club".* Les membres du *"club"* se retrouvaient toujours au grin : lieu où l'on se retrouve le plus souvent, sinon toujours. On a vu également se constituer des grins de filles, mais leur regroupement était moins structuré que celui des hommes. En réalité, à chaque grin d'hommes se couplait un groupe des jeunes filles qui y venaient parce que le copain y était ou simplement parce qu'elles avaient pris goût à cette forme de regroupement(43).

On apprend progressivement à *"faire le même grin"* même si on n'est pas du même âge. C'est un phénomène de développement de la tolérance et de la "démocratisation" des mœurs. On voit alors çà et là des grins où on peut retrouver des personnes d'âges différents mais aussi et surtout de professions différentes. Les raisons des retrouvailles sont souvent inexpliquées.

6-3) Grin et société :

Au regard de la société le grin est souvent vu comme un lieu de déperdition**.** Les constitutions des grins n'étant pas les mêmes, il n'est pas rare de voir des regroupements de jeunes "délinquants" qui, au delà de se socialiser, se pervertissent et deviennent ainsi des dangers pour la communauté. En apparence ils se regroupent comme les autres, mais les préoccupations ne sont pas les mêmes. Ce sont des bandes organisées de voleurs, de violeurs, de drogués ... qui vivent en marge de la société et constituent une menace pour les familles. Ce type de grin est à proscrire, il est constitué de voyous(42).

VI- Méthodologie

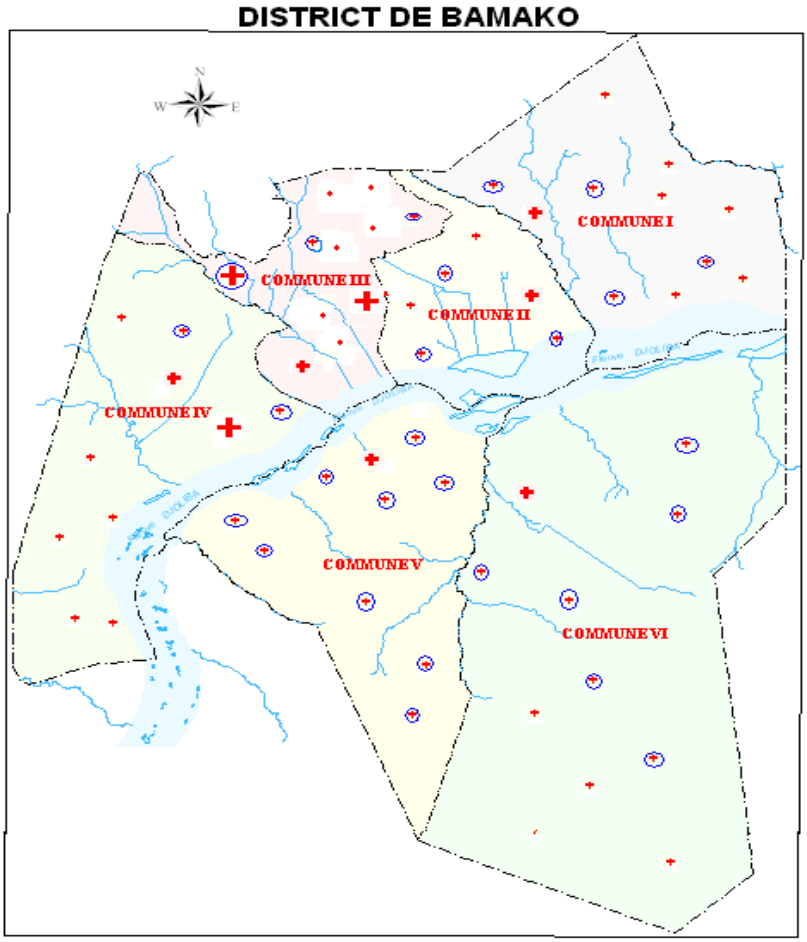
1- Matériels

1.1- Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans 80 regroupements de jeune du district de Bamako. Il s'agit de regroupements communément appelés grin. Les grins ont été choisis en fonction de leur effectif constitué en majorité de jeunes.

Le district de Bamako présentation générale (9)

Situé administrativement au même niveau qu'une région, il couvre une superficie de 267 Km^2. La population est estimée en 2004 à 1 343 153 habitants. Il est divisé en six communes dont quatre sur la rive gauche et deux sur la rive droite du fleuve Niger.



1.2- Population d'étude

Tout jeune âgé de 18 à 25 ans fréquentant les grins retenus comme sites de l'étude.

1.3- Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude :

- Les jeunes âgés de 18 à 25 ans après obtention de leur consentement éclairé.

1.4- Critères de non-inclusion

N'étaient pas inclus dans notre étude tout jeune refusant de participer à l'étude.

1.5- La taille de l'échantillon

Au total 80 grins ont été retenus, dans chaque grin retenu on avait une moyenne de 7 participants soit un total de 580

2- Méthodes

2.1-Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale décrivant les jeunes fréquentant les grins décrits comme sites de l'étude.

2.2- Période d'étude

Le recueil des informations s'est étalé sur la période allant du 4 janvier au 8 mars 2010.

2.3- Recueil de données

Les données ont été recueillies sur un questionnaire à partir d'un entretien individuel avec les jeunes

3- Analyse des données

Les données individuelles ont été codifiées en numérique**.**

Les logiciels suivants ont servi à la saisie du rapport et à l'exploitation des données:

- SPSS : logiciel d'épidémiologie pour la saisie et l'analyse des données.
- Excel : tableur utilisé pour les graphiques et les tableaux.
- Word : traitement de texte pour la saisie.

4- Biais et difficultés de l'étude

4-1- Biais

Certaines réponses des participants sont subjectives et difficiles à vérifier.

Certaines questions n'ont pas été répondues parce que jugées intimes.

4-2- Difficultés

Cette étude a nécessité la mobilisation de nombreux moyens financiers et humains. Il s'agit entre autres :

- des moyens de déplacement dans les différents grins
- de la confection des centaines de fiches d'enquêtes saisies à l'ordinateur ;
- du traitement informatisé des données.
- La prise de contact n'a pas toujours été facile avec certains grins

VII- Résultats

A-Renseignements généraux

1-Les classes d'âges

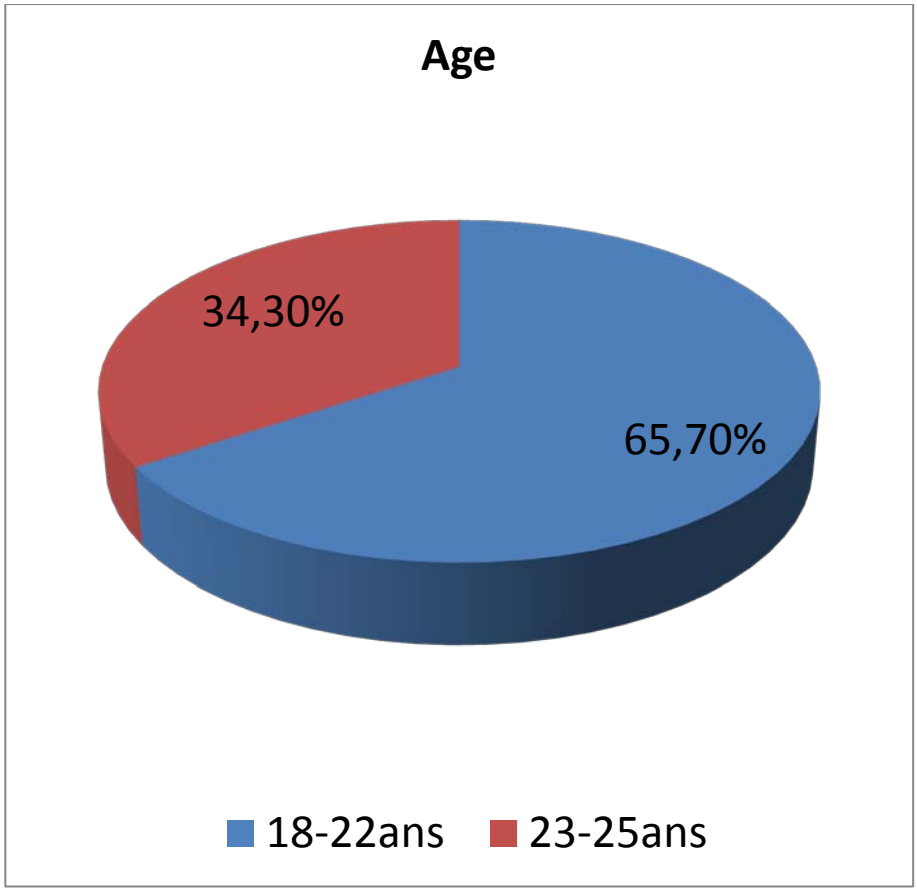


Figure1 : Répartition de l'échantillon en fonction des classes d'âges

Les jeunes âgés de 18 à 22 ans représentaient la majorité de la population soit 65,70% de l'échantillon.

2- Sexe

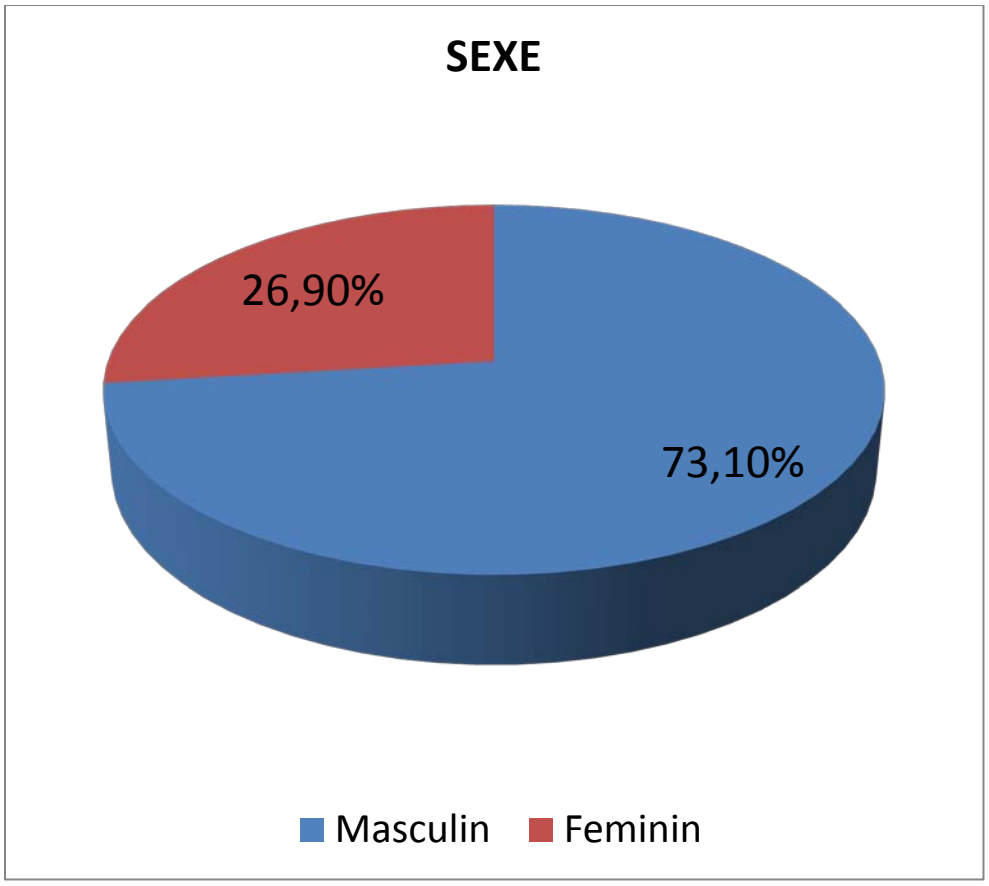


Figure 2 : Répartition des jeunes en fonction du sexe

Le sexe masculin était majoritaire soit 73,10% de l'échantillon.

3- Lieu de vie du jeune

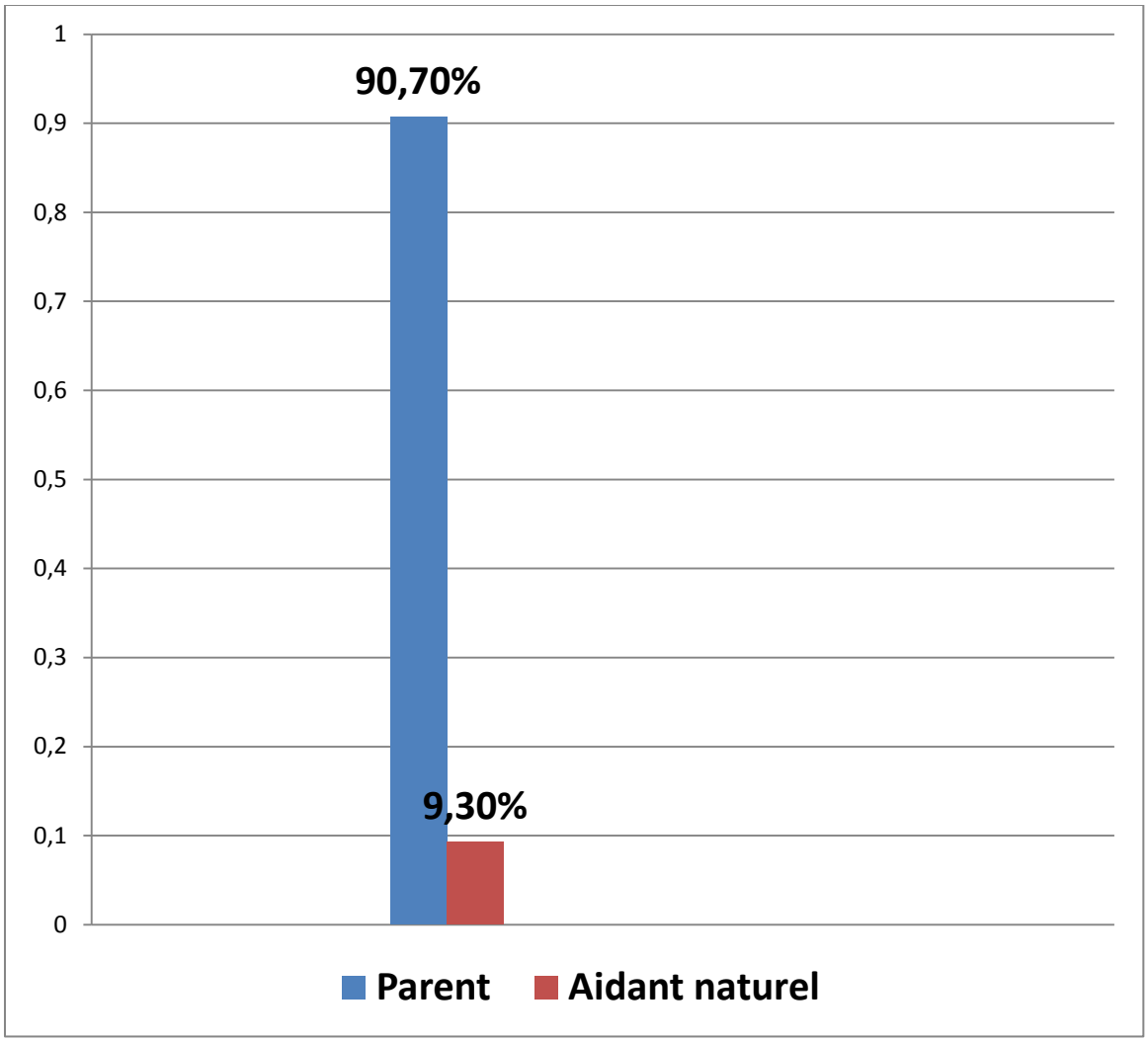


Figure 3 : Répartition des jeunes en fonction du lieu de vie

La majorité des jeunes résidait chez les parents soit 90,70%.

4- Ethnie

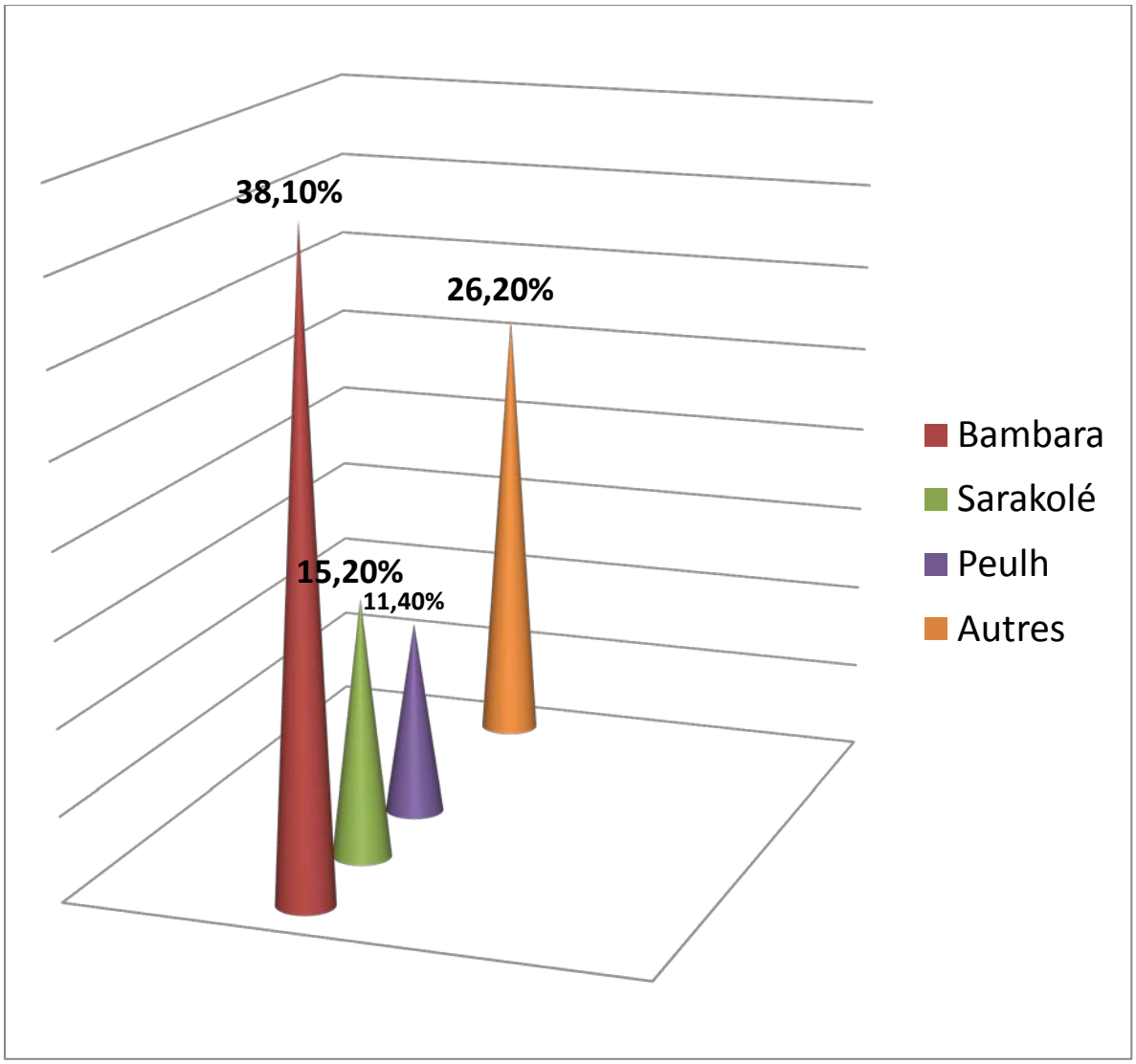


Figure 4 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'ethnie

L'ethnie Bambara était la plus représentée dans notre échantillon soit 38,10%.

5-Niveau d'instruction

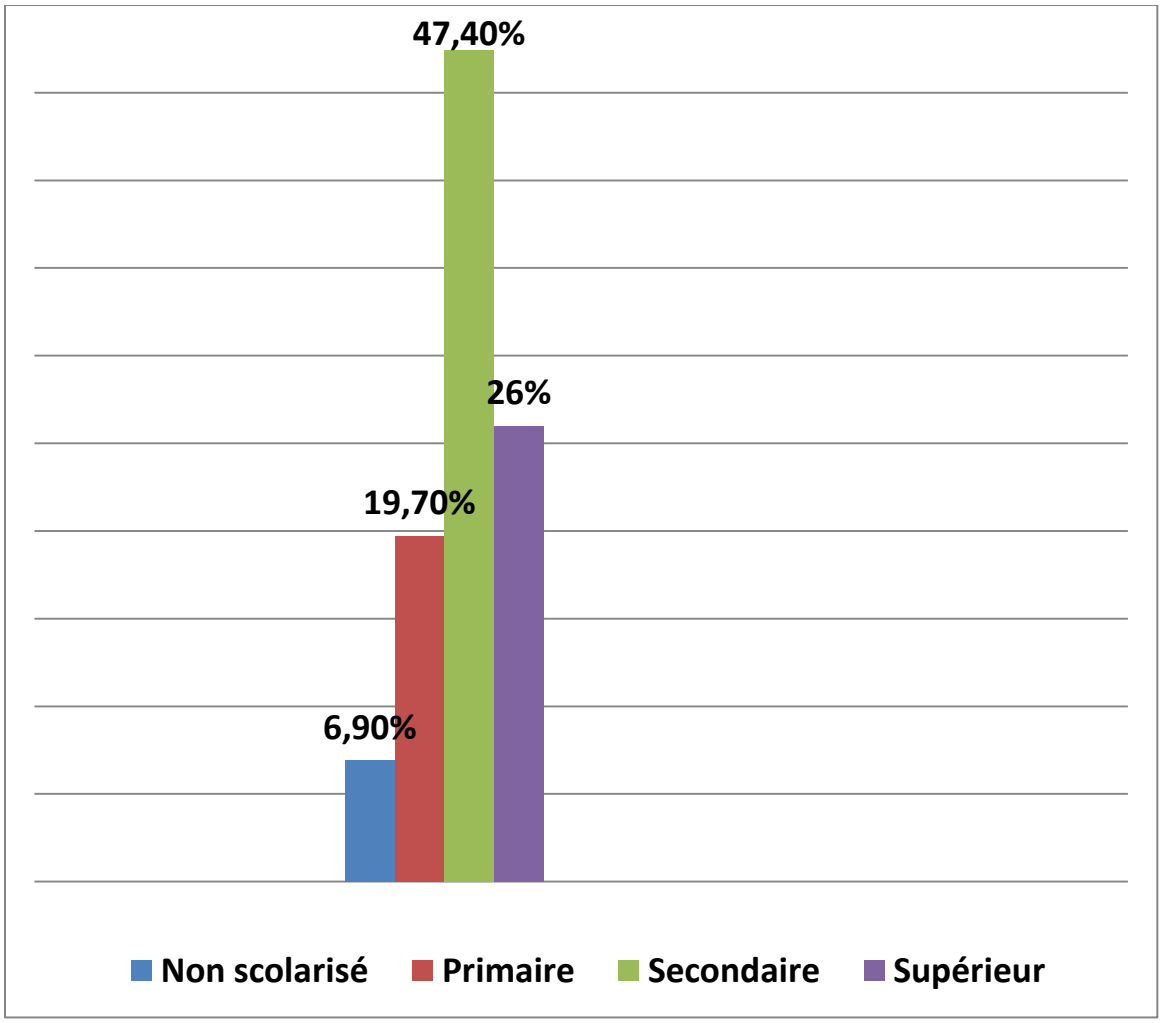


Figure 5 : Répartition selon le niveau d'instruction du jeune

Les jeunes du niveau secondaire étaient majoritaires soit 47,40%.

6- Statut matrimonial :

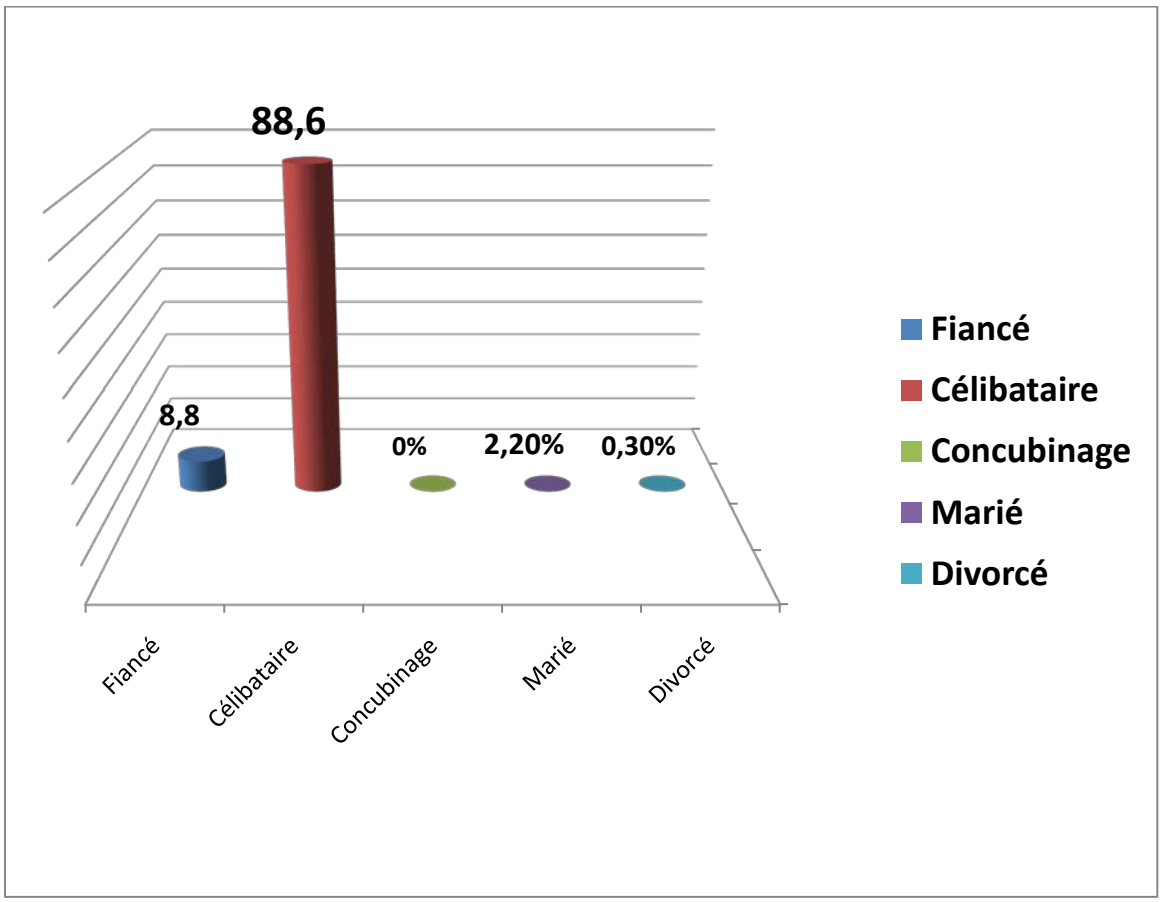


Figure 6 : Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial du jeune

Les jeunes étaient en grande majorité célibataires soit 88,6%.

B-Connaissances, attitudes et pratiques

1-signification de la contraception

(Connaissance)

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir déjà entendu parler de la contraception

Déjà entendu parler de contraception	Effectif	Fréquence
oui	555	95,7%
non	25	4,3%
total	580	100%

La grande majorité des jeunes avait déjà entendu parler de contraception soit 95,7%.

Tableau II : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance d'une signification de la contraception

Définition connue	Effectif	Fréquence
Aucune	32	5,5%
Au moins une signification	195	33,6%
Plus d'une signification	353	60,9%
Total	580	1OO%

Les jeunes connaissaient plusieurs significations de la contraception dans 60,9% des cas.

2-Connaissance de méthodes contraceptives

(Connaissance)

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de méthodes contraceptives

Connaissance de méthodes contraceptives	Effectif	Fréquence
Oui	**516**	**89%**
Non	**64**	**11%**
Total	**580**	**100%**

Les jeunes qui déclaraient connaitre des méthodes de contraception étaient majoritaires soit 89%.

3- connaissance de sources d'approvisionnement (connaissance)

Tableau IV : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptif

Nombre de source	Effectif	Fréquence
Une seule source	**69**	**11,9%**
Deux sources	**268**	**46,2%**
Trois sources	**186**	**32,1%**
Aucune source	**57**	**9,8%**
Total	**580**	**100%**

Les jeunes connaissaient deux sources d'approvisionnements de contraception dans 46,2% des cas.

4- Utilisation des contraceptifs (Pratique)

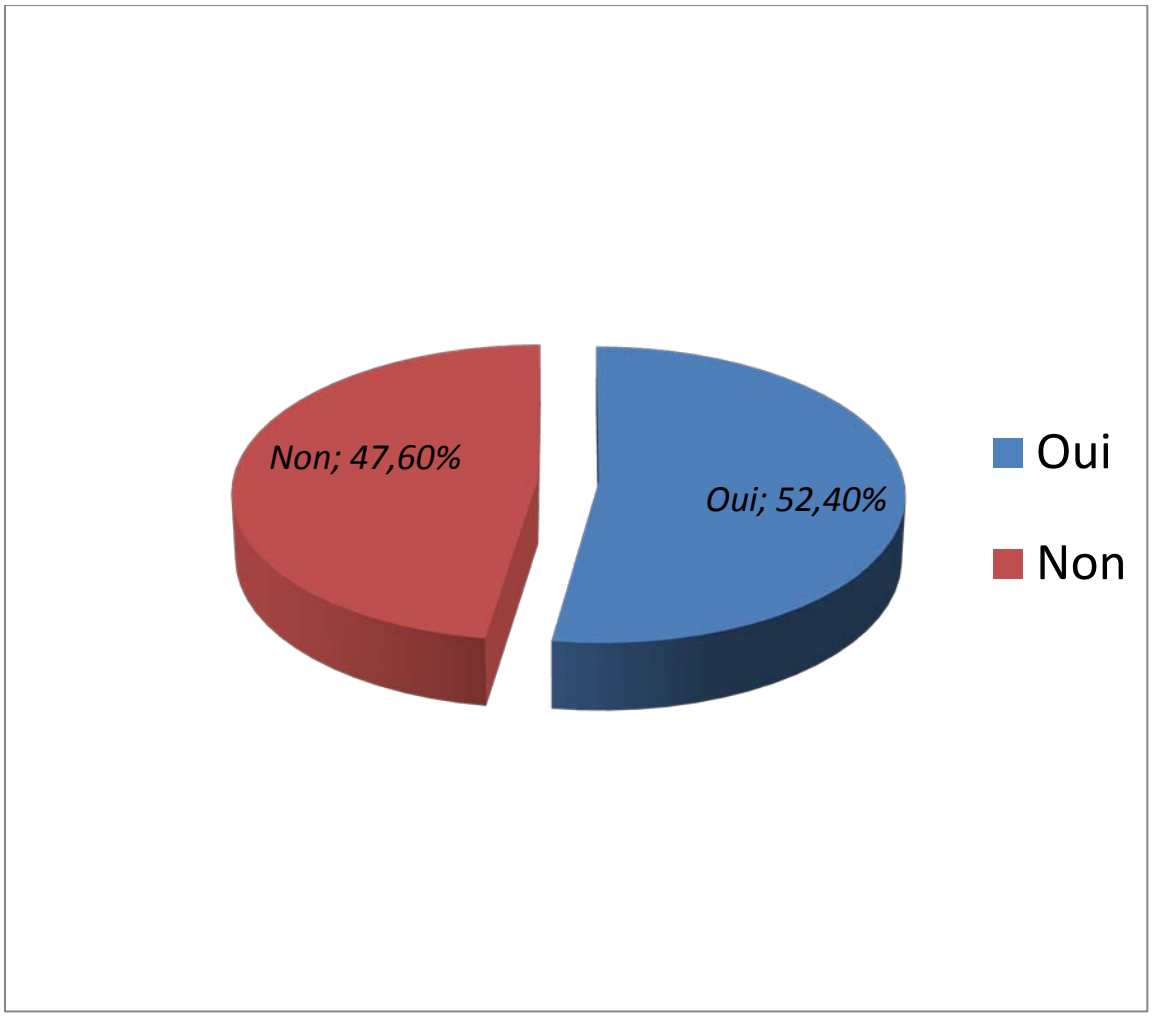
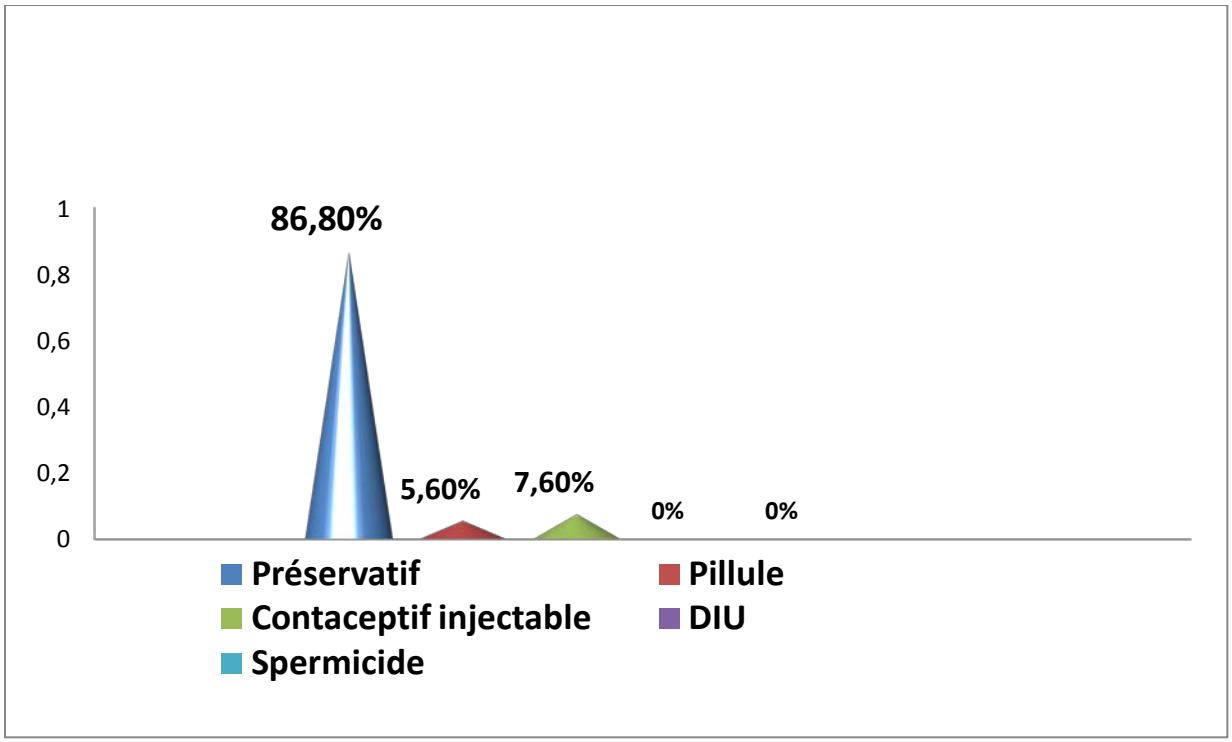


Figure 7 : Répartition des jeunes selon l'utilisation de contraceptif

La méthode contraceptive a été déjà utilisée par 52,40% des jeunes.

5-La méthode Contraceptive déjà utilisée

Figure 8 : Répartition des jeunes selon la méthode utilisée



La majorité des jeunes soit 86,8% avait utilisé le préservatif.

6- Les sources d'information sur la contraception

Tableau V: Répartition de l'échantillon en fonction des différentes sources d'information sur la contraception

Sources d'information sur la contraception	Effectif	Fréquence
Média et conférence	144	25,9%
Centre de santé	70	12,6%
Ecole	5O	9,5%
Grin	73	13,1%
Plus d'une source	217	39,O%
Total	**554**	**100%**

Les média et les conférences représentaient la principale source d'information soit 25,9%.

7- Connaissance de l'existence de service de prestation de planification familiale (connaissance)

Tableau VI : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance de l'existence de service de PF

Connaissance de l'existence des services de PF	Effectif	Fréquence
Oui	426	73,4%
Non	154	26,6%
Total	580	100%

Les jeunes connaissaient l'existence des services de PF dans 73,4% des cas

8- Fréquentation des services de PF

Tableau VII: Répartition selon la fréquentation des services de planification familiale

Fréquentation des services de PF	Effectif	Fréquence
Oui	80	18,8%
Non	346	81,2%
Total	426	100%

Parmi les 426 qui connaissaient l'existence des services de planification seulement 18,8% fréquentaient en réalité un service de PF.

9- Raison de non fréquentation des services de planification familiale (attitude)

Tableau VIII: Répartition en fonction de la raison de non fréquentation des services de PF

Raison de non fréquentation des services de PF	Effectif	Fréquence
Coutume	128	37%
Religion	5	1,4%
Pas besoin	213	61,6%
Total	346	100%

Dans notre étude l'absence de besoin était la principale raison de non fréquentation des services de PF soit 61,6% suivi par la coutume soit 37%.

10-Risques d'IVG connus

Tableau IX : Répartition de l'échantillon en fonction de la connaissance des risques d'interruption volontaire de grossesse

Connaissance des risques d'IVG	Effectif	Fréquence
Oui	517	89,1%
Non	63	10,9%
Total	580	100%

La grande majorité des jeunes connaissaient les risques liés aux avortements provoqués soit 89,1%.

11- Conséquences des interruptions volontaires de grossesse

Tableau X : Répartition de l'échantillon en fonction des risques connus d'interruption volontaire de grossesse

Risques connus d'IVG	Effectif	Fréquence
Mort	**332**	**64,2%**
Maladie	**36**	**5%**
Stérilité	**159**	**30,8%**
Total	**517**	**100%**

La mort était le principal risque de l'avortement provoqué soit 64,2%.

12-Opinion sur les IVG (attitude)

Tableau XI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur les interruptions volontaires de grossesse

Opinion sur les IVG	Effectif	fréquence
Approuve	**9**	**1,6%**
Désapprouve	**531**	**91,6%**
Pas de réponse	**40**	**6,9%**
Total	**580**	**100%**

La majorité de notre échantillon désapprouvait les IVG soit 91,6%.

13- Opinion sur la contraception

Tableau XII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'opinion sur la contraception

Opinion sur la contraception	Effectif	Fréquence
Approuve	**452**	**77,9%**
Désapprouve	**128**	**22,1%**
Total	**580**	**100%**

La majorité des jeunes approuvait la contraception soit 77,9%.

14-Raisons de non appréciation de la contraception (attitude)

Tableau XIII : Répartition de l'échantillon en fonction des raisons de non appréciation de la contraception

Raison de désapprobation de la contraception	Effectif	Fréquence
Coutume	**65**	**50,8%**
Religion	**27**	**21,1%**
Effets secondaires	**36**	**28,1%**
Total	**128**	**100%**

La coutume était la principale raison de désapprobation de la contraception soit 50,8% suivie des effets secondaires soit 28,1%.

15- Les jeunes ayant un ou une partenaire (pratique)

Tableau XIV : Répartition de l'échantillon en fonction du fait d'avoir un partenaire

Présence de partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	**491**	**84,7%**
Non	**86**	**14,8%**
Pas de réponse	**3**	**0,5%**
Total	**580**	**100%**

La grande majorité des jeunes avait un partenaire soit 84,7%.

16-Parler de sexualité avec le ou la partenaire (attitude)

Tableau XV : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de sexualité le ou la partenaire

Parler de sexualité avec le partenaire	Effectif	fréquence
Oui	**391**	**79,6%**
Non	**100**	**20,4%**
Total	**491**	**100%**

Les jeunes parlaient de sexualité avec leur partenaire dans 79,6% des cas.

17- Parler de contraception avec le ou la partenaire (attitude)

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet de contraception avec le ou la partenaire

Parler de contraception avec le partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	**230**	**46,8%**
Non	**261**	**53,2%**
Total	**491**	**100%**

Plus de la moitié des jeunes soit 53,2% n'avaient pas parlé de contraception avec leur partenaire.

18- parler d'utilisation du préservatif avec le ou la partenaire (attitude)

Tableau XVII : Répartition de l'échantillon en fonction de l'abord du sujet d'utilisation du préservatif avec le ou la partenaire (pratique)

Parler de l'utilisation du préservatif avec le ou la partenaire	Effectif	fréquence
Oui	**350**	**71,3%**
Non	**141**	**28,7%**
Total	**491**	**100%**

Les jeunes parlaient avec leurs partenaires de l'utilisation du préservatif dans 71,3% des cas.

19-Avoir des rapports sexuels (pratique)

Tableau XVIII : Répartition de l'échantillon en fonction de la notion de rapport avec le ou la partenaire

Existence de rapport sexuel avec le ou la partenaire	Effectif	Fréquence
Oui	**405**	**82,5%**
Non	**86**	**17,5%**
Total	**491**	**100%**

Une très grande majorité des jeunes avait eu des rapports sexuels avec leurs partenaires soit 82 ,5%.

20-Age du premier rapport sexuel

L'âge moyen du premier rapport sexuel était de 16,12 ans avec des extrêmes de 11 et 22 ans.

21- Volonté d'utiliser le préservatif (attitude)

Tableau XIX : répartition de l'échantillon en fonction de la volonté d'utiliser un préservatif même si le ou la partenaire s'y oppose

Utilisation du préservatif même si le ou la partenaire s'y oppose	Effectif	fréquence
Oui	254	56,2%
Non	198	43,8%
Total	452	100%

Plus de la moitié soit 56,2% des jeunes étaient prêt à utiliser un préservatif même si leurs partenaires s'y opposaient.

22- Type de partenaires (pratique)

Tableau XX : Répartition de l'échantillon en fonction du type de partenaire sexuel(le)

Partenaire sexuel(le) occasionnel(le)	Effectif	Fréquence
Oui	191	34,4%
Non	364	65,6%
Total	555	100%

Les jeunes n'avaient pas eu de partenaires sexuels (les) occasionnel (les) dans 65,6% des cas.

23-Utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels (pratique)

Tableau XXI : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels

Utilisation de préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	fréquence
Oui	144	75,4%
Non	47	24,6%
Total	191	100%

Les deux tiers des jeunes qui avaient des partenaires sexuels(les) occasionnels(les) avaient utilisé un préservatif lors des rapports sexuels occasionnels.

24-Fréquence d'utilisation du préservatif (pratique)

Tableau XXII : Répartition de l'échantillon en fonction de la fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels.

Fréquence d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels occasionnels	Effectif	fréquence
Toujours	72	50%
Souvent	71	49,3%
Rarement	1	0,7%
Total	144	100%

Parmi les utilisateurs de préservatif la moitié soit 50% l'avait toujours utilisé lors des rapports sexuels occasionnels.

25- Nombre de partenaire sexuel jusqu'à ce jour (pratique)

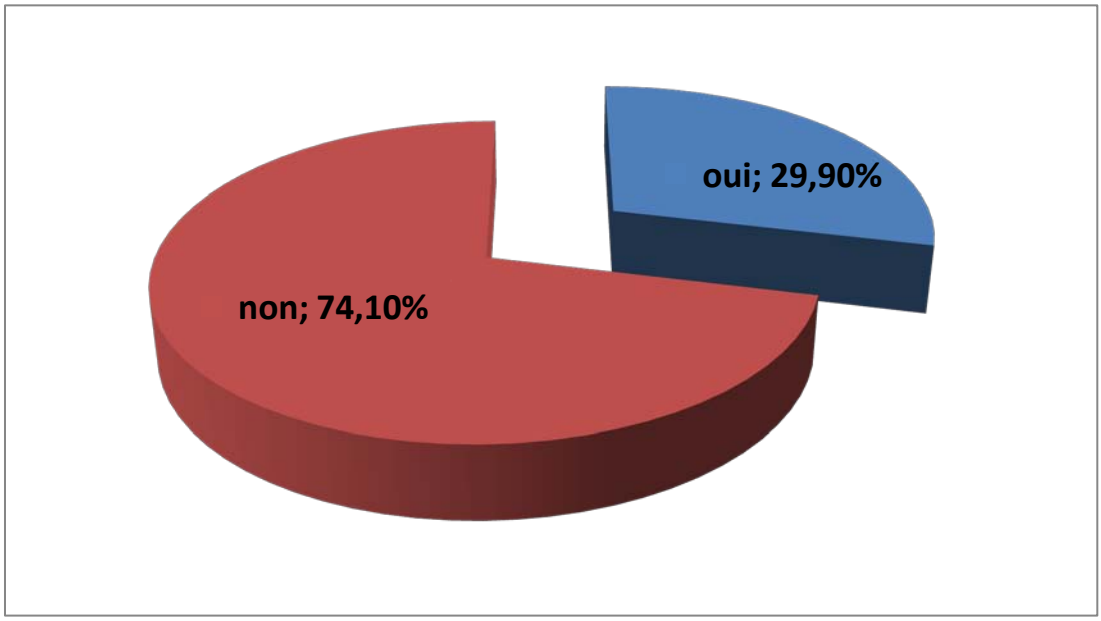
Tableau XXIII : Répartition de l'échantillon en fonction du nombre de partenaire sexuel(le) jusqu'à ce jour

Nombre de partenaire sexuel(le) jusqu'à ce jour	Effectif	fréquence
Aucun	**77**	**13,1%**
Un partenaire	**154**	**26,6%**
Plusieurs partenaires	**349**	**60,4%**
Total	**580**	**100%**

Une grande majorité des jeunes avait eu plusieurs partenaires sexuels (les).

26- utilisation du préservatif au premier rapport sexuel

Figure 9 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel.



Les jeunes n'avaient pas utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel dans74, 10% des cas.

VIII-Commentaires

La problématique essentielle était de savoir : quelles peuvent être les connaissances, les attitudes et les pratiques des jeunes en matière de contraception ?

Certains facteurs ont été étudiés.

1- L'âge

La majorité des jeunes étaient âgés de 18-22 ans soit 65,7% de l'échantillon.

L'âge moyen est de 19,6 ans avec des extrêmes de 18-25 ans. Ces chiffres sont voisins de ceux retrouvés chez Alima où l'âge moyen était de 17,14(3) et de 17,6 ans chez Miller (28).

2- Lieu de vie du jeune

La majorité des jeunes vivaient avec leurs parents soit 90,7%.

Alima avait rapporté 79,4% d'adolescentes qui vivaient avec leurs parents.

3- Ethnie de l'adolescente

Les bambaras étaient majoritaires soit 38,10% ; ceci peut être lié à la situation géographique.

Alima et Kané avaient rapporté respectivement 33,3% de bambara à Bamako et 12,9% de bambara à Mopti.(3,21)

4- Niveau d'instruction des jeunes

Les jeunes du niveau secondaire étaient majoritaires soit 47,40%

5- Statut matrimonial

Une minorité soit 2,2% des jeunes étaient mariés, cela peut être du au développement actuel de nos sociétés où l'âge du mariage est de plus en plus repoussé.

6- Avoir entendu parler de contraception

Les jeunes avaient entendu parler de contraception dans 95,7% des cas.

Ce taux est comparable à celui d'Alima (3) qui avait trouvé 100%

En revanche ce taux est supérieur à celui d'Adom (2), Kané (21) et Langille (22) qui ont trouvé respectivement 69,40%, 60% et 42%.

Cette supériorité peut s'expliquer par l'importance des campagnes d'informations sur la PF à Bamako.

7- Utilisation de contraceptif

Plus de la moitié soit 52,4% des jeunes avaient déjà utilisé une méthode contraceptive

8- **La méthode contraceptive déjà utilisée**

La majorité des jeunes utilisateurs soit 86,8% avaient utilisé le préservatif suivi par les contraceptifs injectables soit 7,60%, de la pilule 5,60%. Les dispositifs intra-utérins et les spermicides n'ont pas été utilisés

Ce taux d'utilisation élevé de préservatif peut s'expliquer par la disponibilité et la vente libre de ce contraceptif.

Ces résultats sont comparables à ceux de Kané (21) le préservatif était utilisé dans 77,3% des cas, suivis par la pilule à 8% et les injectables à 2,7%.

Alima (3) avait rapporté : le préservatif 72,13%, la pilule 21,31% et les injectables 9,83%.

9- La source d'information des jeunes sur la contraception

Les jeunes avaient plus d'une source d'information sur la contraception dans 39% des cas, d'autres avaient eu des informations par les structures sanitaires, l'école, le grin et les média soit respectivement : 12,6%, 9,5%, 13,5% et 25,9%

Dans l'étude de Kané (21) on retrouve des chiffres voisins 78,7% de sources multiples, 1% de personnel médical, 2,5% de parents ou amis, 6,4% de l'école et 8,9% pour les média.

Notre taux d'information au niveau scolaire est inférieur à celui de Adom (2), Miller (28) et Kamtchouing (20) qui ont trouvé respectivement 31,16%, 42%, 21%.

Le bas taux d'information au niveau scolaire peut être lié à l'absence de programme scolaire spécifique en la matière.

10- Fréquentation du service de PF

Une grande majorité des jeunes soit 81,2% n'ont jamais fréquenté un service de PF contre 18,8% qui l'ont fréquenté.

Ces chiffres sont comparables à ceux d'Alima (3) chez qui 78% des adolescentes n'avaient jamais fréquenté un service de PF contre 22% qui l'avaient fréquenté

11- Raisons de non-fréquentation des services de PF

Malgré les efforts consentis dans le domaine de la PF, les multiples campagnes de sensibilisation, une grande majorité des jeunes pensent qu'ils n'ont pas besoin de fréquenter un service de PF soit 61,6%, la coutume était la deuxième cause de non fréquentation des services de PF soit 37%.

12- Opinion sur les IVG

Une grande majorité des jeunes désapprouvait l'IVG soit 91,6% contre 1,6% qui l'approuvait

13- Raisons de désapprobation de la contraception

La coutume, les effets secondaires et la religion étaient les raisons de désapprobation de la contraception soit respectivement 50,8%, 28,1% et 21,1%. Cela peut être lié à la structure même de notre société.

14- Connaissance et utilisation des méthodes de contraception

La connaissance des méthodes de contraceptions n'équivaut pas à leur utilisation chez les jeunes, en effet 89% de l'échantillon connaissaient des méthodes de contraception et parmi eux, seuls 52,40% avaient utilisé un contraceptif. Cela peut être lié à la coutume et aux effets secondaires.

Kamtchouing (20), Duprez (10) et Daures (7) avaient rapporté41% d'utilisateurs de contraceptif.

Un bas taux d'utilisation s'observe dans l'étude de Miller (28) où 17% des élèves utilisaient une méthode de contraception.

15-Avoir un partenaire

Les jeunes affirmaient avoir un partenaire dans 84,7% des cas

Ce résultat est comparable à celui d'Alima (3) qui avait trouvé 75,3%.

16-Parler de sexualité et de contraception avec le partenaire

Il ressort de l'étude que 79,6% des jeunes avaient parlé de sexualité avec leur partenaire. Notre enquête montre que 46,8% des jeunes avaient déjà parlé de contraception avec leurs partenaires. Ce fort taux peut s'expliquer par l'avantage de la communication interpersonnelle.

17-Avoir des rapports sexuels avec son partenaire

Dans notre étude 82,5% des jeunes avaient eu des rapports sexuels avec leurs partenaires contre 17,5% qui n'ont pas eu de rapports sexuels. Ce taux peut s'expliquer par la précocité des rapports sexuels.
Alima (3) Adom (2), Forguet (15), Kané (21) avaient rapporté respectivement que 41,9%, 39,03%, 49,5% et 50,5% des adolescentes avaient eu des rapports sexuels.

18-Age du premier rapport sexuel

La première expérience sexuelle est précoce entre 11 et 22 ans avec une moyenne de 16,12 ans et cela dans 49% des cas.

Cet âge moyen est comparable à ceux retrouvés au Ghana 16,8 ans Echange MAQ (11), Pichot (36) retrouve dans sa serie que 34% des adolescentes ont leur premier rapport avant 16 ans.

Dans l'étude de Bilodeau (4), Forget (15), et Kané (21) on retrouve les âges moyens au premier rapport sexuel qui sont respectivement 14 ans, 15,7 ans, 14,87 ans. Ces âges sont un peu plus bas que le nôtre.

19-Utilisation de préservatif au premier rapport

Plus de la moitié de ceux qui ont eu des rapports sexuels soit 74,10% de l'échantillon n'avaient pas utilisé un préservatif à cette occasion. Cela peut être du au fait que le premier rapport sexuel n'est pas en général programmé.

20-Avoir eu des partenaires sexuels occasionnels

Les jeunes ont eu des partenaires sexuels occasionnels dans 34,4% des cas et 75,4% de ces rapports occasionnels étaient protégés. Cela peut s'expliquer par la forte sensibilisation de la population sur les IST.

21-Fréquence d'utilisation de préservatif avec les partenaires occasionnels

Notre étude montre que 50% des jeunes avaient toujours utilisé le préservatif et 49,1% l'avaient utilisé quelques fois.
Ces chiffres sont plus élevés que ceux d'Adom (2) et d'Alima (3) qui ont trouvé respectivement que 12,01% et 26,1% des élèves avaient des rapports toujours protégés.

22-Nombre de partenaires sexuels

Les jeunes avaient un nombre de partenaires sexuels entre 1 et 4 avec une moyenne de 1,6. Nous n'avons pas trouvé d'explication à cela.
Cette moyenne est proche à celle d'Abauleth (1) qui avait trouvé une moyenne de 1,8 partenaire sexuel par élève.

IX- Conclusion et recommandations

1-Conclusion

Notre travail est une étude portant sur les connaissances les attitudes et les pratiques des jeunes au niveau des grins en matière de contraception. C'est une étude transversale décrivant les jeunes fréquentant les grins décrits comme sites de l'étude.

L'objectif était d'étudier le comportement des jeunes au niveau des grins face à la contraception.

Les principaux résultats sont les suivants :

La majorité des jeunes déclarait connaître des méthodes de contraception et parmi eux plus de la moitié utilisait la contraception. Les jeunes avaient plusieurs sources d'informations sur la contraception, et 13,1% des jeunes avaient eu des informations à travers les grins. Les raisons de désapprobation de la contraception étaient la coutume les effets secondaires et la religion.

Les jeunes étaient sexuellement actifs et avaient des rapports sexuels de plus en plus précoces. Plusieurs jeunes avaient des partenaires sexuels occasionnels, plus des deux tiers avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels et une moyenne de 1,6 partenaire sexuel a été retrouvée chez les jeunes.

2- Recommandations

2-1- A l'Etat du Mali

2-1-1-Mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur la contraception

Pour combler l'ignorance des adolescents tout en respectant leurs découvertes personnelles, les aidera à faire le lien entre l'acte sexuel et les conséquences nuisibles à leur épanouissement.

2-1-2- Promouvoir la pratique de la contraception

En levant les incompréhensions sociales, culturelles et religieuses pour améliorer la prévalence contraceptive chez les adolescentes.

2-1-3- Connaitre la clientèle visée et planifier en conséquence

Les besoins contraceptifs des jeunes, mariés ou pas, varient énormément. Les programmes doivent déterminer où se trouve les

lacunes dans les services et quel segment des jeunes ils peuvent le mieux atteindre.

2-1-4- Identifier les lacunes dans les prestations des services et régler les obstacles entravant l'accès.

Déterminer où se situent les lacunes et où se trouvent les opportunités pour atteindre les jeunes mal desservis, de façon rentable.

2-1-5- Vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives et les rendre disponibles pour les jeunes.

2-2- Aux jeunes

- S'informer avant même la puberté des différentes modifications physiologiques de l'organisme afin de comprendre le cycle menstruel, l'acte sexuel, la contraception, etc.

- Discuter avec les parents, les amis des problèmes de sexualité pour lever les tabous et éviter les idées fausses qui constituent un obstacle à la prise de contraception.

2-3- Au personnel médical et para médical

-Il doit être attentif, disponible

-Manier aisément les concepts médicaux de la sexualité

-Maîtriser les différentes méthodes contraceptives

-Comprendre le monde psychoaffectif des jeunes, s'y adapter, parler et agir en conséquence.

-Dans les centres de santé, l'infirmier se doit d'être accessible pour permettre une meilleure vulgarisation des méthodes contraceptives auprès des jeunes.

2-5- Aux parents

Dépasser les tabous sexuels, religieux, socioculturels pour permettre aux jeunes d'affronter leur sexualité d'une manière responsable.

2-6-Aux autorités scolaires

-L'insertion des méthodes traditionnelles et modernes de contraception dans le programme de l'enseignement.

X- Références bibliographiques

1- Abauleth R, Koffi A, Kakou C, Adjoby R, Mian B, Angoi V. et col. Connaissance et utilisation de la contraception chez l'adolescente. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

2- Adom-Anoumatacky M. La contraception chez l'adolescente en milieu scolaire. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

3- Berthe F. Vulnérabilité des jeunes liées aux pratiques et aux comportements néfastes à la santé en milieu urbain et péri-urbain bamakois. Thèse méd, Bamako 2004.

4- Bilodeau A.; Forget G.; Tetrault J. L'auto efficacité relative à la contraception chez les adolescents:validation de la version française de l'échelle de mesure de Levinson. Revue canadienne de santé publique 1994 ; 85, 2 : 115-20.

5- Boubacar M. Etude épidémio-clinique du planning familial : Enquête auprès de 206 utilisatrices au centre de santé de référence de la commune I du District de Bamako d'Avril à Juin 2003. Thèse méd, Bamako 2003.

6-Camara M. La contraception chez l'adolescente. Thèse méd, Bamako 1992. (92M44)

7- Daures JP. ; Chaix D.G.; Maurin M.; Viala J.L. ; Gremy Étude préliminaire des interruptions volontaires de grossesses (I.V.G.) et des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) chez l'adolescent par une information en classe de troisième. Contraception, fertilité 1989; 17, 11: 1021-26.

8- Direction nationale de l'enseignement secondaire général. Flash sur la rentrée scolaire 2004-2005.

9- Direction Régionale de la Santé

Le district de Bamako présentation générale 2003-2004

10- Duprez D., Viala M. Adolescence et avortement. Évolution psychiatrique 1985 ; 50, 2 : 357-81.

11- Echange MAQ. Les adolescents, http://www.maqweb.org/franco/slides/Mod 12 Adolescents.pdf.

12- Faites confiance aux ados.

Speizer IS, Magnani RJ and Colvin, CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33:324–348.

13- Fédération internationale pour la planification familiale. L'islam et la planification familiale Rabat 1971

14- Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales. Planification familiale,

www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html

15- Forget G.; Bilodeau.A. ; Tetrault j. Facteurs reliés à la sexualité et à la contraception chez les jeunes et décrochage scolaire. Un lien insolite mais réel. Apprentissage et socialisation 1992 ; 15 : 29-38.

16- International Development Research Centre. Planning traditionnel au Mali. Education sexuelle en Afrique tropicale 1973 ; p 54

17- Jean Claude L. Pour une éthique de la procréation. Paris, éditions du Cerf 1998 ; 2 : 31.

18- Journée Mondiale Maternité sans risque. Eviter les grossesses non désirées 7 avril 1998

20- Kamtchouing P., Takougangi., N'Goh N., Yakam I.

La sexualité des adolescents en milieu scolaire à Yaoundé (Cameroun). Contraception, fertilité, sexualité 1997; 25,10 : 798-801.

21- Kané F, Zino J M, Peña M L, Diallo. La contraception en milieu scolaire à Mopti. IIIè Congrès de la SOMAGO du 3 au 5 avril 2006

22- Langille D.B., Dalaney M.E. Knowledge and use of emergency post coïtal. Contraception by female students at a high school in Nova Scotia. Canadian J. Public Health 1999; 91, 1: 29-32.

23- Larousse médical 1995

24- L'allaitement maternel
http://www.FHI.org/fr/Topics/Breastfeeding.htm

25- La contraception
http://www.contraceptions.org/html/index.

26- Les contraceptifs injectables
http://search.fhi.org/sitesearch.asp?query=injectables+progestatif

27- L'éducation sexuelle en ballottage.

www.uia.org/uiademo

28- Miller W.B. Sexuality, contraception and pregnancy in a high school population. California Med 1973 ; 119, 2 : 14-21.

29- Ministère de la santé USAID 2003. Population développement et qualité de la vie au Mali.

30- Ministère délégué au plan. Direction nationale de la statistique et de l'informatique. Troisième recensement général de la population et de l'habitat 1998

31- Nekan F. Les facteurs de risque de la grossesse chez l'adolescente célibataire de la commune IV. Thèse méd, Bamako 1995. (95M39).

32- Nian M. Approche épidémio-clinique de la grossesse chez l'adolescente à l'hôpital régional de Kayes. Thèse méd, Bamako 2000.

33- ONU. 2004. Rapport mondial sur la jeunesse, 2005: Rapport du Secrétaire général (A/60/61 – E/2005/7), p. 1. New York: ONU.

34- ONU. 2005. "World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands) **(Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1)." Tableau électronique. New York: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales, ONU.**

35-EDS IV : enquête démographique et de santé du Mali, planification familiale, Bamako, Mali 2006

36- Pichot F., Dayan Lintzer M. Résistance et compliance à la contraception à l'adolescence. Contraception, Fertilité, sexualité 1985 ; 19, 10 : 1055-61.

37- Population Reports 2003.
www.populationreports.org/pr/prf/fm17

38- Sangaré A. K. Connaissances, attitudes pratiques des adolescentes en matière des IST/ SIDA et de planification familiale, comportement en matière de sexualité dans 3 lycées du district de Bamako. Thèse méd, Bamako 2003. (03M6).

39- Serfaty D. La contraception. Doin éditeurs, Paris. 1986

40-Ta-Ngoc Chau. Aspect démographique de la planification de l'éducation. UNESCO 2002.

41- TRAORE S. et col. Enquête démographique et de santé du Mali. Planification familiale. Bamako, Mali, EDS M IV juin 2002 ; 450- 57-80

42 Mr Alassane neguessama les média occidentaux face aux problèmes d'aliénation culturelle d'une jeunesse bamakoise en quête d'identité culturelle 2008

43- Edition jamana « le grin » une forme de regroupement spécifique :oct-dec 1984, oct-dec 1985,P55-56

44- http://www.who.int/child-adolescent-health/over.htm, consulté le 7 janvier 2007

45- Hanna (2001) chaotic environments.

XI- Annexes

Family Health International

Family Health International

certifie que

Mamadou Boïté

a complété le

COURS DE FORMATION SUR L'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

05 Novembre 2009

MINISTERE DE L'EDUCATION
DE BASE,
DE L'ALPHABETISATION ET
DES LANGUES
NATIONALES

DIRECTION NATIONALE DE
L'EDUCATION DE BASE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

ATTESTATION DE STAGE N° 10943

Je soussigné, Le Directeur National de l'Education de Base

atteste que M ..... Mamadou Boité .....
Né (e) le 03 décembre 1981 ..... à ..... Bamako .....
a régulièrement suivi le stage d'Initiation à la Lecture et à la Transcription ainsi que la Méthodologie de l'enseignement de la Langue Nationale ..... Bamanankan .....
du ..... 17 août ..... au ..... 11 septembre 2009 .....
à ..... Bamako .....

En foi de quoi, je lui délivre la présente ATTESTATION pour servir et valoir ce que de droit.

Bamako, le 14 septembre 2009

SIGNATURE DU TITULAIRE

P / LE DIRECTEUR DE L'EDUCATION DE BASE
p.o. LE CHEF DE LA DIVISION ALPHABETISATION

Questionnaire à l'intention des jeunes

Introduction (Information et consentement volontaire) : Ce questionnaire a pour but de recueillir vos impressions, connaissances et perceptions sur la contraception au Mali afin d'améliorer l'offre de cette population en matière de contraception. Nous vous remercions d'avance de votre participation. Les Informations recueillies sont anonymes et confidentielles.

Numéro du questionnaire

Commune……

Quartier où se trouve le grin…….

I - Renseignements généraux

n° question filtre codes

01) Age (en années révolues) /____/____/

02(Sexe) /____/____/

03) Nombre d'enfants de la mère et du père

Nombre d'enfants de la mère /____/____/ nombre d'enfants du père /_____/____/

04) Lieu de vie…….

05) Ethnies

1- Bambara	5 - Malinké	9 - Sonrhaï
2 –Sénoufo	6- Khassonké	10 - Maures
3 - Sarakolé	7 - Peulh	11- Bozo
4 – Minyanka	8 - Dogon	Autres (à préciser)

06) Statut matrimonial du jeune

1- Marié(e)	4- Célibataire
2 –Divorcé(e)	5- Fiancé(e)
3 - Concubinage	

07) Niveau de scolarisation du jeune

1- primaire 3- supérieur

2- secondaire 4- école coranique

5- non alphabétisé

08) Profession du jeune

1- chômeur 4- artiste

2- fonctionnaire 5-ouvrier

3- salarie(e) du secteur prive 7- commerçant(e)

4- salarie(e) du secteur public 9-étudiante

5-enseignant(e) 10- autre àpréciser

09) Statut matrimonial des parents

1- polygames 3 – Divorcé(e) 4- Concubinage

2-Marié(e) 4- Fiancé(e) 5-Veuf (ve)

10)Niveau d'instruction du père:

1-Aucun 5-Supérieur 9- Medersa supérieure

2-Fondamental 1 6-Medersa fondamental 1 Autres à préciser…….

3-Fondamental 2 7-Medersa fondamental 2

4-Secondaire 8-Medersa secondaires

12) Niveau d'instruction de la mère

1-Aucun 5-Supérieur 9- Medersa supérieure

2-Fondamental 1 6-Medersa fondamental 1 Autres à préciser…….

3-Fondamental 2 7-Medersa fondamental 2

4-Secondaire 8-Medersa secondaires

13) Niveau de vie des parents

1- Electricité 5- Voiture 8- Latrines

2-Téléviseur 6- Location 9- Puits

4-Réfrigérateur 7- W-C Autres (à préciser)…….

II–Connaissances, attitudes et pratiques

-Connaissances

14) Avez vous déjà entendu parler de contraception ?

2. Non

1. Oui

15) Si vous avez répondu Oui que signifie l'expression à votre entendement

1- Espacement des naissances	4- Moins de naissance	7- Meilleure éducation des enfants
2-Santé de la mère	5- Moins de dépense	8-Non réponse
3-Santé de l'enfant	6- Famille heureuse	9- Ne sait pas

Autres (à préciser)……

16) Connaissez-vous des méthodes contraceptives ?

2. Non 1. oui

Si oui les quelles :

1-Pilule	4-Norplant	7- Allaitement maternel
2-Préservatif	5- Dispositif intra-utérin	8- Méthode traditionnelle
3- Spermicide	6- Contraceptif injectable	9- Ne sait pas

Autre (à préciser)……..

17) Quelles sont les sources d'approvisionnement en méthode contraceptives que vous connaissez ?

1- Centre de santé/Hôpital	3- Boutique	9- Ne sait pas
2-Pharmacie	8- Non réponse	

Autres (à préciser)…….

18) Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive ?

2. Non

1. Oui : lesquelles ?.....

19) Quelles sont vos principales sources d'information sur la contraception ?

1- École	4- Médias	7-Frère/sœurs
2- Centre de santé/hôpital	5- Père	8- grin
3- Conférence	6- Mère	9- Ne sait pas

Autres(à préciser)……..

20) Savez-vous qu'il existe des services de prestation de planification familiale ?

=1 Oui Non = 2

21) Si vous avez répondu oui : avez-vous déjà fréquenté ces services ?

1. Oui

2. Non :

pour quelle raison ?

1- Coutume 2- Religion 3- Pas besoin

Autres (à préciser)……

22-selon vous ya t-il un avantage dans la contraception

Oui =1 Non = 2

22) Selon vous quel est le temps qui doit exister entre deux maternités ?Intervalle en mois :

23) Connaissez-vous les risques encourus par les filles qui pratiquent les avortements ?

2-Non

1-Oui : quels sont ces risques ?

……
……
……
……..

24) Quelle est votre opinion sur les avortements provoqués ?

1- Approuve 2-Désapprouve 8-Pas de réponse

25) Appréciez-vous la contraception ?

1. Oui

2- Non : pour quelle raison principalement?

1-Coutume 2- Religion 3- Effets secondaires

Autres (à préciser)…….
……

-Attitudes

26) Avez-vous présentement/un partenaire ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

27) Si vous avez répondu oui, vous est-il arrivé de parler avec votre partenaire de :

-Sexualité en général ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

-Méthodes de contraception

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

-Utilisation du préservatif

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

28) avez-vous déjà eu des rapports sexuels avec ce partenaire ?

1- Oui 2- Non 8- Pas de réponse

29) Si oui, quel âge aviez-vous pour la première fois ?

Age en année : 88-Pas de réponse 99- Je ne me rappelle pas

30) À cette occasion, avez-vous utilisé une méthode contraceptive

1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

31) Etes-vous prêtes à utiliser un préservatif même si votre partenaire s'y oppose ?

1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

Quel méthode contraceptive utilisez vous le plus

…….

32) Avez-vous eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels ?

1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

33) Si vous avez répondu oui avez-vous utilisé un préservatif lors de ce rapport sexuel occasionnel ?

2. non

1- Oui : indiquez la fréquence :

1- Toujours 2- rarement 3- Pas de réponse

2. souvent 4- Jamais 9 - ne sait pas

-Pratiques

34- Combien de partenaires sexuels avez-vous jusqu'à ce jour ?

……..

35- Avez vous utilisé une méthode contraceptive les trois derniers jours

1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

36- Avez vous utilisé une méthode contraceptive les quinze derniers jours

1- Oui 2- Non 3- Pas de réponse

37- Avez vous utilisé une méthode contraceptive durant les trois mois passés

38-dans quelle situation faites vous recours à un moyen contraceptif

…….

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : BOITE
Prénom : Mamadou
Titre de la thèse : Etude des connaissances, des attitudes et des pratiques des jeunes en matière de contraception au niveau des grins
Année Universitaire: 2009 – 2010
Ville de soutenance : Bamako
Pays d'origine : Mali
Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie du Mali
Secteur d'intérêt : Santé Publique et anthropologie médicale

RESUME

Notre étude transversale s'est déroulée à Bamako du 4 janvier au 8mars 2010. L'objectif consistait à étudier le comportement des jeunes face à la contraception au niveau des grins.

La majorité des jeunes soit 89% déclaraient connaître des méthodes de contraceptions et parmi eux 52,40% utilisaient la contraception. L'absence de besoin était la principale raison de non-fréquentation des services de PF chez 61,6% des jeunes suivit par la coutume chez 37%.La grande majorité des jeunes étaient sexuellement actifs, l'âge moyen au premier rapport sexuel était de16,12 ans. Plus de la moitié avaient utilisé les préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels. Le caractère socio-culturel et infrastructurel de notre société influence beaucoup l'utilisation des contraceptifs.

Mots Clefs : Connaissances- Attitudes- Pratiques- jeunesse -grin contraception

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie **d'Hippocrate**, je promets et jure, au nom de **l'Etre Suprême,** aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui m'y seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de partis ou classe sociale, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à **leurs enfants** l'instruction que j'ai reçue de leurs **pères**.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.